



**Universidade de Brasília**

**CAMPUS CEILÂNDIA  
SAÚDE COLETIVA**

**A EXPERIÊNCIA E AS ESTRATÉGIAS DAS MULHERES CIGANAS  
COM O NASCIMENTO DOS SEUS FILHOS**

**DANIELA KETLYN PORTO DE SOUZA**

**Ceilândia – DF  
2016**

**DANIELA KETLYN PORTO DE SOUZA**

**A EXPERIÊNCIA E AS ESTRATÉGIAS DAS MULHERES CIGANAS  
COM O NASCIMENTO DOS SEUS FILHOS**

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília, *Campus* Ceilândia, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva.

**Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Inez Montagner**

**Ceilândia – DF  
2016**

DANIELA KETLYN PORTO DE SOUZA

**A EXPERIÊNCIA E AS ESTRATÉGIAS DAS MULHERES CIGANAS COM O  
NASCIMENTO DOS SEUS FILHOS**

Esta monografia foi julgada adequada à obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva e aprovado em sua forma final pelo Curso de Saúde Coletiva, da Universidade de Brasília, *Campus* de Ceilândia.

Data da Defesa: 29 de novembro de 2016.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Orientadora Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Inez Montagner  
Universidade de Brasília, *Campus* Ceilândia.

---

Professor Dr. Miguel Ângelo Montagner  
Universidade de Brasília, *Campus* Ceilândia.

---

Dr<sup>a</sup>. Maria Célia Delduque  
Coordenadora do Programa de Direito Sanitário (PRODISA) - FIOCRUZ

**Dedico esse trabalho a minha mãe Rosa, que nunca mediu esforço para me ajudar, a minha filha Madu que sempre me alegrou com o seu sorriso, a minha orientadora Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Inez, que topou estudar um tema com muitas incertezas sem pestanejar, as mulheres ciganas que prontamente concordaram em participar da pesquisa, enfim a todos que de alguma maneira me ajudaram durante essa caminhada.**

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, por ter me dado força, animo e fé para continuar caminhando e alcançar meu alvo, pois várias foram as pedras no meio do caminho, mas Ele sempre permaneceu sendo a minha rocha inabalável.

A minha família, pai Carlos Porto, mãe Maria Rosa, irmãos Diego Eduardo e Carlos Junior, esposo Deiverson Coutinho e filha Maria Eduarda, por terem em algum momento me ajudado, especialmente a minha amada mãe Rosa que apesar de tudo, nunca mediu esforços para que eu estudasse e ao presente mais perfeito que Deus me deu durante minha graduação, minha amada filha Maria Eduarda, que nos momentos mais difíceis, foi o seu lindo sorriso que me incentivou a continuar o árduo caminho.

A todos os mestres e doutores que tive durante essa caminhada, em especial a minha maravilhosa orientadora Prof<sup>a</sup>. Inez Montagner, que é uma pessoa de coração nobre e humilde, sempre disposta a ajudar as pessoas, uma mulher sensível e amiga e ao seu digníssimo esposo Dr. Miguel Montagner pela paciência, carinho e compreensão que sempre tiveram por mim, e por terem sido uma das inspirações para esse trabalho.

As professoras Andréia Gallassi e Nazareth Malcher por terem me acolhido tão bem no projeto de extensão CRR/UnB/FCe, onde tive oportunidade de desconstruir vários (pré)conceitos e construir novas aprendizagens, mulheres formidáveis que tive oportunidade de trabalhar durante três anos e as meus colegas de trabalho.

Ao bibliotecário Francisco Rafael Amorim, pela aulas sobre formatação ABNT.

A minha querida amiga Odete Xavier, por ter me emprestado o dinheiro para pagar meu vestibular, o qual fui aprovada, jamais me esquecerei disso, uma grande mulher que mora no meu coração.

As minhas amigas Luana Rodrigues e Taiara Alves, por sempre me oferecerem ajuda e auxílio em todos esses anos, pelo companheirismo e amizade, elas foram parte fundamental para conclusão desse trabalho, amigas que levarei para a vida.

Aos meus amigos de início de curso que infelizmente devido às voltas que a vida dá seguimos caminhos distintos, Danylo Vilaça e Débora Nunes, com quem dei muitas risadas.

As melhores amigas que a Saúde Coletiva me deu: Ana Karinne, a roqueira mais Pink que já vi, uma menina muito doce e parceira; Bruna Carvalho, a patricinha mais linda e amável que já conheci, conquistou meu coração fácil; Camila Pereira uma mulher maravilhosa que conheci somente no último semestre de curso, mas uma amizade que levarei pra vida; Caroline Leite menina doce, gentil e muito calma, até demais, me fez rir muito, especialmente com suas sinceridades; Hérika Meneses uma mulher de voz mansa, usada por Deus que sempre foi uma ótima conselheira; Jéssica Maldi pelos seus cachorros-quentes, uma amiga que me identifiquei por falar o que pensa sem medo do que os outros vão falar, de personalidade forte; Paula Souza uma amiga que no início pensei que fosse muito estressada como eu, mas que se revelou uma grande amiga, parceira, sincera e verdadeira; Patrícia Oliveira uma menina carismática, doce e muito amiga, com uma inocência e sinceridade

admirável; Thayna Karoline menina batalhadora, que luta e corre atrás do que deseja e Maiza Mesquita a mãezona de todos sanitaristas da fce, uma mulher de alegria contagiante, doce e amigável, com elas vivi as melhores histórias.

Aos meus amigos e companheiros de estágio, que infelizmente só tive o prazer de conhecer no final do curso, mas que os levarei para sempre Crislaine Sousa que parece ser impaciente e grossa, e é kkkk, mas com um coração gigante, amiga e parceira, Milena Frazão uma menina com uma história de vida incrível, forte e batalhadora e Leonardo Lourenço, que apesar de dar várias “tiradas”, foi um cara que me ajudou muito desde a escolher um vestido até a finalização desse trabalho, com eles tenho ótimas historias e risadas.

Às amáveis Ana Terra e Deildeala Barros por terem ficado ao meu lado em um dos momentos mais difíceis da minha vida, pelas alegrias e tristezas compartilhadas, e também aos vários almoços, um melhor que o outro.

A Dreissy Gomes por me ajudar a vencer todas as dementadoras que apareceram em nossas vidas, parceira e amiga de todas as horas. Compartilhamos muitas risadas juntas.

Ao Missionário Cláudio, Pastor Joelito e sua esposa Maria pelas orações.

A Lucimara Cavalcante, Elisa Costa, Kelly Arruda e Delvair Montagner por terem me ajudado na realização desse trabalho, elas foram chaves importantes.

Ao senhor Paulo Dantas da Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, por ter sido nosso intermediador.

As ciganas que prontamente me receberam em suas casas com muito carinho e atenção, me senti muito acolhida no acampamento como não me sentia há tempo.

Ao senhor Vanderlei Rocha e sua graciosa filha Daiane por terem aberto as portas do seu acampamento e recebido muito bem à pesquisa, pessoas maravilhosas que tive o prazer de conhecer.

A professora Dr<sup>a</sup>. Maria Célia Delduque por ter aceitado o convite de participar da construção e aperfeiçoamento desse trabalho, suas sugestões enriqueceram mais ainda nosso trabalho.

Aqueles amigos e colegas não citados, não se sintam esquecidos, saibam que sou muito grata a todos!

A todos deixo aqui minha eterna gratidão!

A tua raça de aventura quis ter a terra, o céu,  
o mar.

Na minha, há uma delícia obscura em não  
querer, em não ganhar...

A tua raça quer partir, guerrear, sofrer, vencer,  
voltar.

A minha, não quer ir nem vir.

A minha raça quer passar...

Cecília Meireles

*In Viagem, 1939*

## RESUMO

O acompanhamento do pré-natal tem como objetivo assegurar o bom desenvolvimento da gestação oportunizando o parto seguro de um recém-nascido saudável, sem impactos para a saúde materna, buscando preparar a mulher para a maternidade, abordando as alterações próprias da gestação. Informações históricas até os dias de hoje que abordam os ciganos no Brasil são escassos, enviesados e distorcidos pela interpretação dos informantes e dos próprios historiadores. População predominantemente analfabeta, suas origens estão pautadas em lendas, mitos e poesias, que são transpassadas pela oralidade. Para o atendimento no serviço público de saúde é preciso que apresente o Cartão do Sistema Único de Saúde – SUS, partindo desse pressuposto, o presente trabalho apresentará as experiências de cinco mulheres ciganas de etnia calom, com idades entre 22 e 54 anos, moradoras de Sobradinho, Distrito Federal, com o Sistema de Saúde durante o nascimento de seus filhos. Como referencial teórico foram utilizados os conceitos de fenomenologia e experiências proposto por Schutz, assim como o método de estratégias de Michael Bury e as concepções e conhecimentos de Valente sobre ciganos. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, que utilizará de conhecimentos empíricos e científicos, onde a coleta de dados se deu por meio de entrevista semiestruturada. Apenas uma participante afirma ter realizado o pré-natal em uma de suas gestações, as demais foram esporadicamente e uma disse nunca ter ido. O conceito de saúde para essas mulheres se baseia na ausência de doenças e o Sistema Único de Saúde é caracterizado como um cartão magnético, e o que elas mais desejam é serem atendidas no SUS como elas são: ciganas.

**Palavras-chave:** Ciganas. Experiência. Humanização. Pré-natal. SUS.



## ABSTRACT

The purpose of prenatal follow-up is to ensure the successful development of gestation by providing safe delivery of a healthy newborn with no impact on maternal health, seeking to prepare the woman for motherhood, addressing the gestational changes. Historical information to date that address gypsies in Brazil are scarce, skewed and distorted by the interpretation of the informants and the historians themselves. Population predominantly agrarchy, its origins are based on legends, myths and poetry, which are pierced by orality. . In order to attend the public health service, it is necessary to present the Card of the Unified Health System - SUS, based on this assumption, the present work will present the experiences of five gypsy women of ethnic Calan, aged between 22 and 54 years, living in Sobradinho, Federal District, with the Health System during the birth of their children. As a theoretical reference, the concepts of phenomenology and experiences proposed by Schutz, as well as the method of strategies of Michael Bury and the conceptions and knowledge of Valente about gypsies were used. This is a qualitative research, which will use empirical and scientific knowledge, where the data collection took place through a semi-structured interview. Only one participant claims to have performed prenatal care in one of her pregnancies, the others have been sporadically and one said never to have gone. The concept of health for these women is based on the absence of diseases and the Unified Health System is characterized as a magnetic card, and what they most desire is to be seen in the SUS as they are: gypsies.

**Key words:** Gypsy. Experience. Humanization. Prenatal. SUS.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

CPF – Cadastro de Pessoa Física

DATASUS – Departamento de Informática do SUS

DF – Distrito Federal

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

PAISM – Programa de Assistência Integrada da Saúde da Mulher

PASEP – Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público

PHPN – Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento

PIS – Programa de Integração Social

PNDH 3 – Terceiro Programa Nacional de Direitos Humanos

SciELO – Scientific Electronic Library Online

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	13
<b>JUSTIFICATIVA</b> .....	15
<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	17
<b>OBJETIVOS</b> .....	18
Objetivo Geral .....	18
Objetivos Específicos .....	19
<b>METODOLOGIA</b> .....	19
Local da pesquisa .....	21
Participantes da Pesquisa .....	22
Aspectos éticos da pesquisa .....	22
<b>CAPÍTULO 2</b> .....	24
<b>HISTÓRIA E SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS AOS CIGANOS</b> .....	25
<b>PRÉ-NATAL, PARTO E PUERPÉRIO COMO UM DIREITO DE TODAS</b> .....	30
<b>CAPÍTULO 3 RESULTADOS</b> .....	36
<b>RESULTADOS</b> .....	37
1. Dados sociodemográficos e socioeconômicos das participantes .....	38
2. Experiência com o pré-natal .....	38
3. Experiência com o parto .....	43
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	60
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	66
<b>APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE</b> .....	74
<b>APÊNDICE B - Roteiro da Entrevista Semiestruturada</b> .....	76
<b>ANEXO 1</b> .....	79

## **CAPITULO 1**

Gosto daquilo que me desafia. O fácil nunca me interessou. Já o obviamente impossível sempre me atraiu - e muito.  
(Clarice Lispector)

## INTRODUÇÃO

Segundo Teixeira, há relatos sobre um homem chamado João de Torres e sua esposa Angelina, que no ano de 1574 foram presos por serem ciganos. A princípio o homem foi condenado às galés, antiga embarcação movida à vela e remos, e sua esposa deveria deixar o país dentro de dez dias acompanhada de seus filhos. João então alegou ser fraco, quebrado e pobre e não poderia servir em coisas de mar, solicitando ir para o Brasil, “não há dúvida alguma que os primeiros ciganos que desembarcaram no Brasil foram oriundos de Portugal, e que estes não vieram voluntariamente, mas expulsos daquele país” (TEIXEIRA, 2008, p.5 e 15).

O “pobre” cigano João de Torres deve ter pago um bom suborno porque logo, em poucos dias, seu pedido foi deferido e a pena foi mudada para cinco anos para o Brasil, onde levará sua mulher e seus filhos [...] Não se sabe, porém, se ele realmente embarcou [...] É possível que ele nunca tenha chegado ao Brasil. De qualquer forma, se ele realmente embarcou, veio acompanhado apenas pela mulher e alguns poucos filhos e não “liderando um bando de ciganos” ou “chefiando numerosas famílias que o acompanham” (TEIXEIRA, 2008, p. 15-16, aspas do autor).

A verdadeira origem do povo cigano continua a ser um mistério para os pesquisadores. Não há informações factícias se o cigano João de Torres desembarcou com sua família no Brasil, e por estarem à margem da sociedade, não era importante saber muito sobre os ciganos, até porque o preconceito e a discriminação já se fazia presente e a maioria vinham expulsos de seus países de origem.

Por se tratar de um povo predominantemente ágrafo, todos os costumes e idiomas são ensinados através da oralidade, então o que mantém viva a história do povo cigano é a tradição oral e não a tradição escrita como os judeus, árabes e outros.

Por falta de informação, alguns profissionais da saúde desconhecem sobre a obrigatoriedade de atenderem a todos, não importando se pertencem ou não à área adstrita ao local de atendimento à saúde - Centro de Saúde, UPA, Hospital - ou se possuem documentos, portanto, para que as pessoas consigam realizar suas consultas, exames ou tratamentos, muitas unidades de saúde exigem que o interessado apresente comprovante de residência, sendo este um fator limitante e

privando-os do acesso ao serviço público de saúde. Entretanto, segundo as normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, não consta nada exigindo que o usuário necessita apresentar um comprovante de residência, já que o SUS tem como princípios norteadores a integralidade, universalidade e equidade.

Conforme o artigo 196, seção II da Constituição Federal Brasileira de 1988, a saúde é um direito de todos e dever do Estado e deve ser garantida por meio de políticas sociais e econômicas, e concomitantemente a lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, trata a saúde como um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover condições indispensáveis ao seu pleno exercício. Existem documentos governamentais que asseguram a saúde como um direito de todos, e dever do Estado, e não impõem o documento civil como uma exigência para garantia desse direito.

A saúde deve ser garantida a todos, sem distinção de raça/cor, etnia, orientação sexual ou religião e o Estado deve prover essa garantia. Partindo dessa afirmativa, é preciso refletir se as populações marginalizadas estão tendo esse direito assegurado.

Em concordância com o Departamento de Informática do SUS (DataSUS), no ano de 2011, 61,84% das mulheres efetuaram sete ou mais consultas de pré-natal e 10,17% até três consultas durante a gestação, embora mais da metade das mulheres tenham realizado o pré-natal com pelo menos o número mínimo de consultas que o Ministério da Saúde preconiza, existem mulheres que não as realizam (BRASIL, 2016).

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento – PHPN (2002, p. 5), tem como objetivo norteador a melhoria “do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania”. O PHPN fundamenta-se nos preceitos que a humanização da Assistência Obstétrica e Neonatal rege:

A humanização compreende pelo menos dois aspectos fundamentais. O primeiro diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido [...] O outro se refere à adoção de medidas e procedimentos sabiamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionais desnecessárias. (PHPN, 200, p 5-6).

A Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000 do Ministério da Saúde, traz como um dos princípios e diretrizes do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento o direito de toda gestante ter o acesso ao atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério. Como garantir, portanto, o PHPN para as mulheres ciganas?

A presente pesquisa buscou conhecer e compreender as experiências de mulheres ciganas moradoras ou acampadas no Distrito Federal (DF) quanto ao atendimento do pré-natal, parto e pós-parto. Conhecer como elas conseguem ter suas demandas atendidas e como foi à cobertura do pré-natal, parto e pós-parto.

## **JUSTIFICATIVA**

O interesse pelo tema surgiu pela curiosidade da pesquisadora em estudar populações vulneráveis, em especial mulheres. Ao conhecer mais sobre a população cigana e o preconceito que há sobre esse povo pouco estudado na disciplina Pensamento Social em Saúde da Universidade de Brasília – *Campus Ceilândia*, ministrada pela professora Inez Montagner e professor Miguel Montagner, o interesse pelo tema se intensificou.

O objetivo do acompanhamento pré-natal é assegurar um bom desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, abordando aspectos psicossociais e atividades educativas e preventivas (BRASIL, 2012, p. 33). O pré-natal busca preparar a mulher para a maternidade, abordando as alterações próprias da gestação, como o aumento do peso, oscilações hormonais, bem como fazer promoção, prevenção e o diagnóstico de intercorrências existentes que interfiram no bom andamento da gravidez.

A atenção obstétrica e neonatal deve ter como características essenciais a qualidade e a humanização. É dever dos serviços e profissionais de saúde acolher com dignidade a mulher e o recém-nascido, enfocando-os como sujeitos de direitos (BRASIL, 2009, p.9).

De acordo com o Ministério da Saúde “o principal objetivo da atenção pré-natal é acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando, no fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar” da mãe e recém-nascido (BRASIL, 2006, p. 10). Segundo recomendações oficiais de saúde, o pré-natal deve ter início no primeiro trimestre de gestação (até o quarto mês), e o intervalo entre uma consulta e outra não deve ultrapassar oito semanas. Com um pré-natal de qualidade doenças, infecções e disfunções terão uma terapêutica mais eficaz.

Botelho *et al* (2014), alegam que cerca de 92% das mortes maternas são de causas evitáveis e ocorrem principalmente em países em desenvolvimento. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define como morte materna aquela ocorrida durante o parto ou 42 dias após o término da gestação.

O SUS tem como princípios a universalidade, equidade e integralidade, e a descentralização e participação social como diretrizes, no qual a pessoa pode ser atendida pelo sistema de saúde em qualquer região territorial. Pensando nisso, implementou-se o Cadastramento Nacional do Sistema Único de Saúde – Cartão SUS<sup>1</sup>. Esse cartão possui duas numerações, um do SUS e outro da Secretaria Estadual de Saúde – SES, com ambas as numerações é possível ter acesso a um banco de dados do usuário, com informações de saúde do mesmo (BRASIL, 2016, online).

De acordo com o artigo 13 da Portaria N° 940, de 28 de abril de 2011 do Ministério da Saúde:

Não se constituem impedimentos para a realização do atendimento solicitado em qualquer estabelecimento de saúde:

I - Inexistência ou ausência do Cartão Nacional de Saúde;

II - Desconhecimento do número do Cartão Nacional de Saúde pelo usuário do SUS ou estabelecimento de saúde; e

III - Impossibilidade de realizar o cadastramento ou a consulta à Base Nacional de Dados dos Usuários das Ações e Serviços de Saúde (BRASIL, 2011, s/n).

A realização de um cadastramento de saúde de base nacional, aliado à possibilidade de sua manutenção cadastral atualizada, permite aos gestores do SUS

---

<sup>1</sup>. Cartão SUS: Cartão Nacional de Saúde, utilizado para obter informações sobre as condições de saúde do usuário.

---



a construção de políticas sociais integradas e diferenciadas, de forma que atendam demandas de saúde regionais. Para confecção do cartão, é preciso ir à unidade mais próxima portando os documentos pessoais de identidade, CPF, certidão de nascimento ou casamento e se possuir, o número de PIS/PASEP (DATASUS, 2016, online).

É interessante a um sistema de saúde conhecer seus usuários e suas características culturais, para uma integração de diferentes povos, portanto é necessário que se conheçam os entraves e os desafios dos povos ciganos dentro do SUS. Um profissional sanitarista tem capacidade e competência para elaboração de estratégias e políticas que atendam as demandas de populações vulneráveis. Com formação generalista não vê o usuário apenas no modelo biomédico, mas também o social, com suas necessidades individuais e coletivas, com sua cultura e moral, preparado para atuar em diferentes níveis de complexidade do SUS, valorizando e defendendo a vida e a cidadania no atendimento em saúde.

## **REFERENCIAL TEÓRICO**

A fenomenologia preocupa-se com a realidade cognitiva aliada aos processos de experiências humanas subjetivas, e a experiência é a atenção voltada para os objetos, sejam eles reais ou imaginários, materiais ou ideais, e todos esses objetos são intencionados, e as formas de consciência são associados ao conteúdo das experiências (SCHUTZ, 2012, p. 7).

De acordo com Schutz (2012, p.18), a conduta humana só é considerada ação quando a pessoa que age atribui significado a sua ação e dá a ela uma determinada direção, e por sua vez, essa conduta intencionada ou intencional torna-se social a partir do momento que tal conduta atinja outros, e motivo é um contexto de significado que aparece como motivo da conduta humana.

Conforme a teoria fenomenológica, cada indivíduo constrói seu próprio mundo, mas com o amparo de materiais e métodos que são ofertados por outros: “o mundo da vida é um mundo social que aparece ao indivíduo de forma pré-estruturada” (SCHUTZ, 2012, p. 27).

Conforme Valente (2014, p. 23), a educação e criação dos filhos cabem como dever das mulheres, seus costumes e cultura são propagados de geração em geração. Não existe uma educação formal, com escolas que ensinem a língua ou a cultura cigana às crianças, como a língua portuguesa que é ensinada nas escolas brasileiras. Nas comunidades ciganas cada um exerce um papel fundamental para conservação de sua cultura. Determinar a identidade cigana é algo mais complexo do que parece, pois são subdivididos em diferentes etnias, nem todos são nômades e nem todos falam a mesma língua. Podem ser cristãos, muçulmanos, judeus, de matrizes africanas etc.

O método de estratégia de Michael Bury, segundo Montagner (2011, p. 54) propõe “que os enfermos tendiam a desenvolver e utilizar estratégias novas frente à doença, como uma reação e tentativa de retomar suas vidas cotidianas anteriores”. A presente pesquisa buscou entender quais são as estratégias utilizadas pelas mulheres ciganas frente aos sistemas de saúde, e quais são os seus métodos para lidar com a nova realidade de serem mães, e diante disso quais foram suas estratégias para a realização ou não do pré-natal. Montagner afirma que,

Bury propõe a análise das respostas pessoais para a adaptação em termos de “estratégia”, conceito referido às ações das pessoas provenientes da enfermidade, como um resultado empírico e prático, à administração dos problemas que envolvem sua condição (MONTAGNER, 2011, p. 197, aspas do autor).

Apesar de Bury (apud Montagner, 2011, p. 197) tratar das estratégias de pessoas com enfermidades crônicas, o conceito de estratégia se aplica a presente pesquisa, de forma a compreender as experiências e estratégias das mulheres ciganas frente a sua nova condição de vida, ser ou não mãe, momento de muitas mudanças e como elas fazem para ter acesso ao sistema de saúde.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo Geral**

Compreender as experiências e as estratégias empregadas pelas mulheres ciganas, moradoras ou acampadas no Distrito Federal, com o Sistema de Saúde durante o nascimento de seus filhos.

### **Objetivos Específicos**

- Conhecer as tradições históricas referentes ao cuidado à mulher durante e após a gravidez na cultura cigana;
- Compreender como é realizado o parto das mulheres ciganas, segundo sua cultura;
- Compreender o que poderia ser implementado/alterado/aperfeiçoado no SUS para que o parto seja humanizado e realizado adequadamente dentro das tradições ciganas.

### **METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, dado que ela buscou um aprofundamento da compreensão de um determinado grupo social, onde o conhecimento da pesquisadora foi parcial e limitado e o objetivo da pesquisa qualitativa é produzir novas informações aprofundadas e ilustrativas.

A pesquisa qualitativa se preocupa com o contexto em que determinado indivíduo ou grupo social está inserido, aspectos da realidade que não podem ser quantificados, ressaltando assimilar e esclarecer as relações sociais estabelecidas em diversos contextos. Conforme Godoy:

Um fenômeno pode ser melhor compreendido no contexto em que ocorre e do qual é parte, devendo ser analisado numa perspectiva integrada. Para tanto, os pesquisadores vão a campo buscando “captar” o fenômeno em estudo a partir da perspectiva das pessoas nele envolvidas, considerando todos os pontos de vista relevantes. A pesquisa qualitativa tem como características essências: o ambiente natural, um caráter descritivo, o significado que as pessoas dão às coisas e a sua via e tem um enfoque indutivo (GODOY, 1995, p. 21, aspas do autor).

A pesquisa tem como característica a junção de dois conhecimentos: o conhecimento empírico, aquele adquirido diariamente pelo senso comum; e o conhecimento científico, resultante de estudos que em sua maioria surgiram a partir de hipóteses do senso comum.

Após pesquisa exaustiva na base de dados Scientific Eletronic Libray Online (SciELO), utilizando os descritores: gestantes, gravidez, cuidado pré-natal,

roma/ciganas, marginalização social, vulnerabilidade social e vulnerabilidade em saúde, percebeu-se a ausência de trabalhos científicos em português que atendessem ao tema de pesquisa sugerido. Quando pesquisados separadamente, foi possível encontrar artigos que atendessem aos descritores, porém após utilização do operador booleano AND, os resultados foram reduzidos, e em muitas combinações o resultado chegou à zero, instigando mais a pesquisar e estudar a população cigana, especialmente mulheres ciganas gestantes ou que já são mães.

A coleta de dados se deu por meio de entrevistas semiestruturadas proposta por Merton, pois permite uma aproximação entre o entrevistador e o participante (Merton apud Barros, 2013, p. 18). Manzini (2004, s/n), afirma que existe uma necessidade de se ter perguntas básicas para se atingir o objetivo da pesquisa, mas que podem surgir questões relevantes conforme o andamento da entrevista. Tratou-se de uma pesquisa de campo, em razão de ser caracterizada pela coleta de dados junto as participantes, além das pesquisas bibliográficas e documental. A análise de conteúdo explorou as entrevistas transcritas e as observações relevantes levantadas pela pesquisadora.

A pesquisa teve três momentos: o primeiro foi localizar um intermediador para sondagem de acampamentos ciganos no Distrito Federal. A partir do conhecimento do local onde havia a comunidade cigana, ligamos para o líder do acampamento e marcamos uma reunião; no segundo momento, tivemos um primeiro contato com o líder do acampamento e apresentamos a pesquisa; posteriormente atendidos os critérios de inclusão, detalhados subsequentemente, convidamos as mulheres a participarem do estudo e fomentamos uma aproximação e concomitantemente demos início às entrevistas.

As entrevistas tiveram como norteador um roteiro semiestruturado (Apêndice II), com o auxílio de um gravador, e só se deu início as perguntas após a participante assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice I), ou após gravar a sua autorização, tendo em vista que houve uma que não dominava a escrita.

O roteiro da entrevista semiestruturada contou com 42 questões abertas divididas em seis núcleos: 1) Identificação, que buscou conhecer as características sociais das participantes; 2) Dados Socioeconômicos, com questões referentes às

características econômicas de cada mulher; 3) Experiência com o pré-natal e 4) Experiência do parto, com perguntas que objetivou compreender o que é saúde para essas mulheres e quais foram suas experiências com relação ao pré-natal, parto e puerpério; 5) Experiência de mulheres que realizaram o parto no SUS e 6) Cultura e história, contadas a partir das experiências vividas por elas. Apenas uma participante não respondeu o núcleo 4 e 5, pois durante a coleta de dados ela estava gestante de 8 meses.

As entrevistas ocorreram no dia 28 de setembro de 2016, das 10h 00min às 18h 00min e utilizou-se um gravador para armazenar as falas das participantes, e a gravação só se deu início após as participantes assinarem o TCLE, e apenas uma participante gravou sua autorização, pois não dominava a escrita. Após transcrição das entrevistas deu início às análises, as respostas foram separadas por blocos de perguntas e respostas.

Pelo caráter sigiloso da pesquisa os nomes das participantes foram substituídos por nomes femininos inspirados em flores.

### **Local da pesquisa**

O local foi o espaço físico onde as mulheres estão inseridas, para uma melhor aproximação entre a pesquisadora e as participantes da pesquisa, optando assim realizar as entrevistas no próprio acampamento cigano, em Sobradinho, cidade satélite do Distrito Federal (DF).

As moradias são barracas fornecidas pela Defesa Civil, não existe saneamento básico, suas necessidades fisiológicas são realizadas na vegetação local ou atrás de suas barracas, o lote fica dentro de um condomínio residencial, delimitado por cerca de arame.

Não há asfaltamento nas ruas dentro do condomínio, não possui calçadas e com abundância de vegetação cerrada. De uma barraca pra outra existe uma delimitação de espaço com arame.

Todas as moradias visitadas possuíam televisão, geladeira e fogão, além das mercadorias a serem vendidas, como colcha e panos de prato. O local é de difícil acesso e localização, não há transporte público, quando precisam se locomover, eles são obrigados a pegarem carona até o ponto de ônibus mais próximo.

O local do acampamento foi cedido pelo governo, sendo assim local de moradia fixa.

### **Participantes da pesquisa**

Nossas informantes foram mulheres ciganas gestantes ou que já tiveram filhos, com idade superior a 18 anos.

Os critérios de inclusão foram: mulheres ciganas que estão gestantes ou que já tenham filho, mães de natimortos ou que morreram antes de completar um ano de idade que utilizaram ou não os serviços de saúde para os cuidados, mulheres que tenham realizado ou não o pré-natal, mulheres que tenham sofrido aborto.

A pesquisa contou com a participação de cinco mulheres com idades entre 22 a 54 anos, de etnia calon. Nenhuma das participantes relatou ter sofrido aborto.

### **Aspectos éticos da pesquisa**

Os aspectos legais e éticos desta pesquisa obedeceram a Resolução 466/12, aprovada pelo Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS) na 240ª Reunião Ordinária em dezembro de 2012.

Será assegurada as participantes que todas as informações prestadas serão sigilosas e utilizadas somente para esta pesquisa, e o nome ou qualquer forma de identificação será omitida de terceiros e a guarda do material de pesquisa será de responsabilidade das pesquisadoras. A divulgação das informações será anônima e em conjunto com as respostas de todo o grupo de pessoas. A participante pode cancelar o uso das informações prestadas em qualquer momento antes da

publicação dos resultados, sem qualquer prejuízo. A pesquisa não acarretou nenhum gasto ou remuneração a participante. Os resultados da pesquisa serão divulgados inicialmente dentro da Universidade de Brasília e de forma a resguardar o anonimato das participantes, podendo ser publicados posteriormente em revistas científicas, apresentados em congressos ou outros meios de comunicação.

As participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para realização da pesquisa, conforme apêndice. Foi esclarecida toda e qualquer dúvida a respeito da pesquisa e a participante teve a liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma. O TCLE foi impresso em duas vias, no qual uma ficou com a pesquisadora e outra com a participante, ambos assinados pelas duas partes. A coleta de dados foi realizada após parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, nº 1.681.592, do dia 16 de agosto de 2016.

A pesquisa não contou recursos de nenhuma instituição financiadora ou de órgãos públicos, e todos os gastos foram de responsabilidade da pesquisadora.

## CAPÍTULO 2

Cigano gosta de viajar, não é verdade, nós viajou o mundo inteiro porque não tinha apoio [...] aonde nós chegava era expulso [...] em toda nossa historia não tivemos oportunidade, por isso que nós somos nômade, e agora eu não quero mais ser nômade (Cigano Calon).



## HISTÓRIA E SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS AOS CIGANOS

Informações históricas até os dias de hoje, que abordam os ciganos no Brasil são escassos, enviesados e distorcidos pela interpretação dos informantes e dos próprios historiadores. As poucas vezes que escreveram sobre a cultura cigana não se levaram em consideração como eles mesmos viam sua cultura, sendo sempre classificados como ‘perturbadores da ordem’. Esporadicamente “considerados por si mesmo, e, com frequência, eram sinônimos de barbárie, imundice, desonestidade e imoralidade” (TEIXEIRA, 2008, p. 31, aspas simples do autor). O autor afirma que por anos foram identificados como pessoas incivilizáveis, inúteis à sociedade, supersticiosos, corruptores dos costumes, vândalos, tidos como uma **anomalia social e racial** (grifo nosso).

Ressalvar o reconhecimento entre ciganos que estão espalhados pelo mundo era e ainda é até os dias de hoje por meio da linguagem falada, e um cigano nunca ensina tudo a um *gadje* (não ciganos) sobre sua língua, e ao se referir aos não ciganos, eles utilizam a expressão ‘brasileiros’, porque mesmo que nascidos no Brasil não se consideram brasileiros (ANDRADE JÚNIOR, 2013, p. 97, aspas do autor).

Por ser uma população predominantemente analfabeta, suas origens estão pautadas em lendas, mitos e poesias, na oralidade de cada etnia ou das compreensões que deles são feitas. Para eles, a oralidade e as memórias se fazem presente cotidianamente (CASTRO, 2011, p. 31, 125).

O primeiro dicionário de Portugal, escrito pelo Padre Raphael Bluteau, no início do século XVIII, define:

Ciganos – nome que o vulgo dá a uns homens vagabundos e embusteiros, que se fingem naturais do Egito e obrigados a peregrinar pelo mundo, sem assento nem domicílio permanente, como descendentes dos que não quiseram agasalhar o Divino Infante quando a Virgem Santíssima e S. José peregrinavam com ele pelo Egito (TEIXEIRA, 2008, p. 6).

Após um século do lançamento, o dicionário passou a ser reeditado sob a direção do brasileiro Antonio de Moraes Silva, que definiu os ciganos como uma raça de vagabundos, que diz vir do Egito e afirmam conhecer o futuro pelas linhas da mão, e são dessas mentiras, trocas e enganos que vivem. Utilizando como

adjetivo de cigano, aquele “que engana com arte, subtileza, e bons modos”, e eram associados ao comércio de mercadorias roubadas, caso não houvesse alguém que testemunhasse a sua honestidade, pois só era considerado confiável o indivíduo que possuísse residência fixa, “pois o nômade não tinha morador que o conhecesse e o abonasse” (TEIXEIRA, 2008, p. 6- 9).

O dicionário Aurélio define cigano como:

Ave do Norte do Brasil; Relativo a ou próprio dos ciganos; Diz-se de ou indivíduo pertencente aos ciganos, povo nômade, de origem asiática, que se espalhou pelo mundo; Que ou aquele leva vida errante; Que ou aquele tem arte e graça para captar as vontades; Que ou quem age com astúcia para enganar ou burlar alguém; Que ou aquele é excessivamente agarrado ao dinheiro; O mesmo que romani (Dicionário Aurélio, online, 2016).

Mesmo nos dias de hoje os conceitos atribuídos aos ciganos permanecem preconceituosos, afirmando que o cigano é aquele que tem capacidade de enganar alguém e que vive uma vida errante, desconsiderando suas diferentes identidades, etnias e costumes.

Discorrer sobre ciganidade não se deve considerar apenas o que ‘se diz acerca dos ciganos’, mas como eles se autoafirmam, acarretando perspectivas locais que varia de acordo ao contexto histórico de um grupo; e globais, que estão relacionados à ‘comunidade cigana internacional’, como os mitos de origem, fatos históricos em comum e características atribuídos aos ciganos, como o patriarcalismo, nomadismo, marginalização ou preconceito (SHIMURA, 2016, p. 3, aspas do autor).

Andrade Júnior (2013, p. 95), menciona que durante séculos os adjetivos agregados aos ciganos em leis, decretos, matérias jornalísticas, processos criminais e na arte eram negativos, de rejeição e banimento social, que faziam e faz parte de um Estado que vê os ciganos como um perigo social. Ao longo da história esse povo foi se adequando a cada contexto e região em busca da sobrevivência e aceitação social.

De acordo com Rezende (2000, p. 55-56, aspas do autor), os ciganos sempre foram marginalizados e rotulados como vagabundos, ladrões ou eternos peregrinos, mantendo apenas a imaginação romantizada dos ciganos como algo bom, construindo assim uma tradição cultural de preconceito e discriminação. A

resistência cigana pode ser considerada o principal elemento que manteve uma cultura tão perseguida viva por tantos anos, e:

A habilidade em responder às dificuldades e pressões externas, a capacidade de assimilar os padrões culturais alheios ao invés de ser assimilada por eles, a maleabilidade da organização social dos grupos e a flexibilidade na organização da experiência cotidiana permitem classificar a cultura cigana como uma 'cultura da resistência' (REZENDE, 2000, p. 56, aspas do autor).

Muitos ciganos se escondem por medo da repreensão, discriminação e preconceito. Em 2011 “mais de um milhão de ciganos encontravam-se privados de suas responsabilidades sociais e desamparados pelo estado” (PROENÇA, 2014, p. 49). De acordo com a autora, em uma pesquisa realizada no ano de 2014 pelo Instituto Brasileiro de Geografia (IBGE) relatou que em 291 municípios existem acampamentos ciganos, mas somente 115 afirmaram possuir algum órgão gestor de direitos humanos que tratem estreitamente desse público. Os únicos cinco estados que não declararam a presença de acampamentos ciganos são da região norte do país.

O Terceiro Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH-3, p. 64), reconhece que se faz necessário o combate à discriminação, e que é preciso pensar em políticas compensatórias que agilizem a construção de igualdade, estimulando a inclusão de grupos marginalizados, dentre esses os ciganos.

São diversificados os grupos ciganos, com costumes, características e tradições bastante particulares. No Brasil existem três grandes subgrupos: os Calon que são provenientes da Espanha e Portugal, os Roma da Romênia, Turquia e Grécia e os Sinti oriundos da Alemanha e França. Em sua maioria os casamentos acontecem entre primos, às famílias são muito patriarcais e usam capas de ouro ou prata nos dentes são costumes frequentes entre eles (PROENÇA, 2014, p. 53).

Teixeira (2008) traz que os Calon se diferenciam culturalmente pelo comprimento de tempo em contato com o povo ibérico, falam Caló. A partir da península Ibérica que eles migram para outros países europeus, e os que vieram para o Brasil são provenientes de Portugal. Os Rom falam romani, são demograficamente predominantes e estão distribuídos em mais países. Seu reconto esta vinculada a Europa Central e aos Balcãs, de onde a partir do século XIX migraram para o leste da Europa e América. Os Sinti, também denominados Manouch, falam a língua

sintó, com presença significativa na Alemanha, Itália e França. Há uma estável ligação entre seu grupo familiar ou com famílias que exercem o mesmo ofício, não existindo uma identidade singular e homogênea entre todos os ciganos, existem aspectos da identidade que são compartilhados por todos, e outros são típicos de cada subgrupo. O autor afirma que os ciganos não são grupo religioso e nem uma nacionalidade, e ele diz não chamar os ciganos de povo, pois segundo ele essa “expressão tem significados pouco preciso e muito ambíguos” (TEIXEIRA, 2008, p. 11).

De acordo com Andrade Júnior (2013, p. 103), não há diferença quanto à visão social do cigano pelo mundo e não mudou com o passar do tempo. A imagem cigana é estereotipada de forma folclore, com roupas coloridas e mulheres sensualizadas. Essa imagem é aceita pelo grande público, mas os ciganos marginalizados que vivem em periferias e moram em barracas e usam artimanhas como comerciantes são estigmatizados, tachados como alguém perigoso e que fere a boa conduta civilizatória. A “ciganidade é a forma de se relacionar com o mundo e consigo mesmo que os ciganos desenvolveram em uma história milenar, permeada de perseguições e sofrimentos”, acreditando que todo sofrimento e injúrias apenas reforçavam sua personalidade cigana. O que é fundamental para eles não é a inclusão social, e sim conseguir sobreviver em meio a uma sociedade que não os querem e nem os respeitam (ANDRADE JÚNIOR, 2013, p. 96-97).

Shimura (2016, p. 7-8) propõe duas categorias para organização da identidade cigana: a étnico-racial, que se refere ao fator biológico – sangue –, que são os filhos, netos, etc de ciganos e o sociocultural, caracterizado pela ausência dos fatores biológicos, “mas que manifesta uma profunda identificação com a ciganidade a ponto de assumi-la particular e publicamente”, como os não ciganos casados com ciganos, crianças adotadas e criadas na comunidade cigana ou pessoas que adotam elementos característicos, como dente de ouro, vestimentas etc, que apreciam intensamente a cultura a ponto de se identificarem como cigano. E os grupos então divididos em subcategorias:

O grupo étnico-racial está dividido em duas categorias: 1) ciganos puros ou autênticos – subdivididos em “ciganos de pai e de mãe” e ciganos “mestiços” e 2) ciganos descendentes – subdivididos em “distantes” e “reidentificados”. Quanto ao grupo sociocultural está dividido duas

categorias, a saber: 1) ciganos adotados na família – por matrimônio e por adoção e 2) ciganos de alma (SHIMURA, 2016, p. 8, aspas do autor).

Uma das cláusulas da política anticigana do Brasil era a proibição do uso da língua, provocando até a extinção em algumas famílias. Silva (2006, p. 122-123), afirma que em uma de suas entrevistas a participante, matriarca da família, informa não saber falar a língua cigana. O autor ainda traz que:

Nesse grupo os vestígios culturais pareciam se restringir às roupas velhas e coloridas, usadas no dia-a-dia, ao estilo cigano tradicional, mas, em farrapos. Literalmente esse grupo se agarrava aos poucos fios que restam à sua ciganidade. A pobreza era generalizada. Não tinham mais profissão, viviam de pedir esmolas. Ainda assim perguntei à matriarca o que os mantinha atrelados à vida cigana? “O destino que Deus nos deu” foi a resposta. Esse destino é forte o suficiente para os manter, a despeito de tantas adversidades. Perder a ciganidade é perder a identidade, ou seja, perder a si próprio em uma ameaça de despersonalização, e essa seria a perda maior, uma vez que é tudo o que lhes resta (SILVA, 2006, p.123, aspas do autor).

Muitas famílias ciganas vivem à margem da sociedade, sem visibilidade e em condições precária. Os acampamentos nem sempre possuem água encanada ou banheiros.

Quanto às profissões ciganas, Silva (2006, p. 125-125) afirma que estão às tradições circenses, artistas de circo que levavam sua arte e espetáculos pelo país; os ciganos tropeiros negociantes de animais, especialmente de cavalos, rotulados como bandoleiros por estarem sempre armados e em bandos; os comerciantes, vendedores de roupas, enxovais, panos de prato e quinquilharias; ciganos mascates, que estão prontos a todo o momento a negociar; os ciganos garimpeiros confeccionam e intermedeiam o comércio de joias; os ferreiros e caldeireiros são os artesãos de metais; os curandeiros (as) e os benzedores (as), conhecedores de plantas e ervas medicinais, rezam o quebranto e leem a sorte, assim chamadas também de *buena-dicha*, “são estas as reconhecidas profissões *tradicionais dos ciganos*, adaptadas às condições e às necessidades brasileiras” (SILVA, 2006, p.126, grifo do autor).

O Decreto de 25 de maio de 2006 da Presidência da República institui o dia 24 de maio como o Dia Nacional do Cigano, e as Secretarias Especiais de Políticas da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos da Presidência da República devem apoiar as medidas a ser adotadas para comemoração do Dia Nacional do Cigano (BRASIL, 2006, s/n), um passo inicial para a formulação de políticas públicas que atendam as especificidades ciganas.

As histórias contadas pelos não ciganos sempre foram abarrotadas de preconceitos e discriminação, criando um personagem cigano com aspectos belo, festivo, com muito ouro e repletas de temor, pois sempre foram sinônimos de trapaceiros, preguiçosos, ladrões e que praticantes da heresia por não aceitarem ser catequizados.

## **PRÉ-NATAL, PARTO E PUERPÉRIO COMO UM DIREITO DE TODAS**

O pré-natal tem como objetivo assegurar o desenvolvimento da gestação, almejando um parto de qualidade sem impactos negativos a saúde materna e do recém-nascido, tendo como porta de entrada a Unidade Básica de Saúde (UBS), sendo esse um ponto estratégico para acolher suas necessidades, implicando a “responsabilização pela integralidade do cuidado a partir da recepção da usuária com escuta qualificada e a partir do favorecimento do vínculo e da avaliação de vulnerabilidade”, e ao profissional cabe permitir que a gestante manifeste suas angústias e preocupações, articulando com outros serviços a continuidade de assistência, proporcionando a vinculação da gestante com o serviço (BRASIL, 2013, p. 33; 37;39)

Os estados, municípios e Distrito Federal necessitam de uma rede de serviços voltados para atenção obstétrica e neonatal, com aparato de referência e contrarreferência, assegurando o início do pré-natal até a 12ª semana de gestação; garantia de recursos humanos e físicos necessários para atenção pré-natal; solicitação, realização e avaliação de exames em tempo oportuno; promoção da escuta ativa a gestante e seus acompanhantes; garantia de transporte sempre que necessário; direito a acompanhante durante e depois da gestação; garantia de acesso à unidade de referência especializada quando necessário; estimulação e informação sobre os benefícios do parto fisiológico; garantia do direito da gestante de conhecer previamente o serviço de saúde onde será realizado o parto e assegurar que as gestantes conheçam e exerçam seus direitos garantidos por lei no período gravídico-puerperal (BRASIL, 2013, p.38).

A Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000 do Ministério da Saúde, afirma que as gestantes e recém-nascidos devem ter um atendimento digno e de qualidade durante a gestação, parto, puerpério e período neonatal, sendo esses direitos inalienáveis da cidadania, e institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), tendo como um dos objetivos a amplificação do acesso a ações de promoção, prevenção e assistência à saúde da mulher gestante e ao recém-nascido, sob os princípios e diretrizes de que toda grávida tem direito a atendimento apropriado; acompanhamento pré-natal adequado; acesso a maternidade e atendimento no momento do parto; assistência ao parto e puerpério de forma humanizada; assistência neonatal humanizada e segura e as autoridades sanitárias devem assegurar e promover esses direitos.

A atenção pré-natal e puerperal deve responder as reais necessidades das mulheres durante a gestação e puerpério, por meio de conhecimentos técnico-científicos existentes e recursos disponíveis adequados a cada caso, priorizando a humanização da assistência e garantindo a cobertura de toda população feminina na gestação e após o parto de maneira integrada (BRASIL, 2006, p. 143).

A portaria declara que a primeira consulta de pré-natal deve ser realizada até o 4º mês de gestação e ter no mínimo seis consultas, preferencialmente uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre de gravidez, e realizar uma consulta no puerpério até 42 dias após o nascimento, tratando como obrigação de todas as unidades de saúde integrantes do SUS, acolher com dignidade toda a mulher e recém-nascido que procurarem o serviço, garantindo a internação ou transporte dos mesmos sob a garantia de vaga em outra unidade (BRASIL, 2000, p. 3-4).

O período de até seis a oito semanas após o parto é denominado de puerpério, e pode ser dividido como imediato (1º ao 10º dia), tardio (11º ao 45º dia) e remoto (a partir do 45º dia). Período de intensas modificações físicas e psicológicas, aumentando a insegurança da mãe para garantir a saúde do bebê e dela própria, cabendo aos profissionais acolher e atender as necessidades apresentadas pela mulher (ANDRADE ET AL, 2015, p. 182). Os autores trazem que no ano de 1984 com o Programa de Assistência Integrada da Saúde da Mulher (PAISM), a mulher começa a ser abordada como sujeito de cuidado que deve ser percebida em sua singularidade, considerando suas dimensões culturais, econômicas, sociais, dentre

outras, a partir de então o puerpério passou a ter atenção e a ser integrado ao serviço de saúde.

O Manual Técnico Pré-natal e Puerpério (2006, p. 80), recomenda uma visita domiciliar na primeira semana após a alta do parto e caso o recém-nascido tenha sido classificado com de risco, essa visita deve ocorrer nos três primeiros dias após a alta. A mulher e o recém-nascido devem retornar ao serviço de saúde entre sete a dez dias após o parto para avaliação do estado de saúde da mulher e recém-nascido, orientações sobre amamentação e cuidados com o bebê, avaliação da relação entre a mulher e o recém-nascido, identificação de situações de riscos ou intercorrências e conduzi-las de maneira correta e orientações sobre planejamento familiar.

Como a Portaria nº 569, o manual afirma ser dever do serviço e profissionais de saúde acolher com dignidade a mulher e o recém-nascido, tratando-os como sujeitos detentores de direitos. A atenção pré-natal e puerperal qualificada e humanizada só se dá por meio de integração de procedimentos acolhedores e sem intervenções desnecessárias, utilizando como parâmetro o número mínimo de seis consultas de pré-natal, com “uma escuta aberta, sem julgamento nem preconceitos, que permita à mulher falar de sua intimidade com segurança”, cabendo à equipe de saúde “buscar compreender os múltiplos significados da gestação para aquela mulher e sua família” (BRASIL, 2006, p. 10; 15 - 16).

Na primeira consulta a equipe de saúde deve levantar informações básicas sobre a história clínica da mulher como: identificação, dados socioeconômicos, grau de instrução, profissão, estado civil, número e idade de dependentes, distância da residência até a unidade de saúde, antecedentes familiares e pessoais (diabetes, doenças congênitas, câncer de mama ou colo do útero, parceiro ou paciente portador de alguma doença sexualmente transmissível etc), antecedente ginecológicos como doenças inflamatórias ou infertilidade, início da atividade sexual entre outras (BRASIL, 2006, p. 26 – 28).

A terceira edição da Caderneta da Mulher de 2016 aborda informações importantes para o período grávido-puerperal, como as alterações do corpo feminino, alimentação saudável, enjoos e vômitos, intestino preso ou dor na coluna, primeiros cuidados consigo e com o recém-nascido, e quais serão os procedimentos de cada consulta, os exames e vacinas que devem ser realizados durante a



gestação. Nela são anotados resultados de exames, consultas, dúvidas e anseios da gestante e de seus familiares, fornecendo informações importantes para o profissional de saúde que prestará atendimento. O material afirma que toda mulher tem “direito ao atendimento na gravidez, no parto e após o parto e pode contar com a Rede Cegonha, uma ação de saúde do SUS que fortalece os direitos das mulheres e das crianças” (BRASIL, 2016, s/n), dentre outros direitos garantidos por lei a toda mulher grávida.

A Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011 do Ministério da Saúde, institui a Rede Cegonha no âmbito do SUS, que compreende uma rede de cuidados com o objetivo de garantir a “mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada a gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis” (BRASIL, 2011, s/n). Para construção de tal política, consideraram-se indicadores de mortalidade materna e infantil, que ainda se demonstram elevados no Brasil, e os vários pactos e portarias firmados pelo país que visam à diminuição de tais indicadores.

A melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência à criança são prioridades da portaria; o respeito à diversidade cultural, étnica e racial e a equidade social são uns dos princípios; a garantia do acolhimento, avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação ao acesso e qualidade do pré-natal são diretrizes. De acordo com o artigo 6º, a Rede Cegonha se organiza a partir de quatro componentes: 1) pré-natal, 2) parto e nascimento, 3) puerpério e atenção integral à saúde da criança e 4) sistema logístico de transporte sanitário e regulação, tais componentes permitem que a porta de entrada da mulher seja a atenção primária com garantia do parto e recuperação e sempre que necessário o direito a transferência segura.

O parto é um dos momentos mais importante na vida de uma mãe, momento com diferentes sentimentos, anseios, medos e planos para o futuro. Momento que pode acarretar lembranças boas ou ruins, experiências agradáveis ou não que trarão impactos futuros, como a opção de ter ou não outro filho. Apesar de ser um procedimento rotineiro em hospitais, cada mulher deve ter atendimento diferenciado. Concordando com Oliveira et al (2010, p. 33), o parto é uma vivência única e

portanto o cuidado e o conforto devem compreender a singularidade de cada mulher.

Serruya, Cecatti e Lago (2004, p. 1281), afirmam que mesmo sendo uma das práticas mais antigas do serviço público de saúde brasileiro, atender mulher gestante e no momento do parto ainda é um desafio para a assistência em saúde, pois os princípios ainda estão centralizados no modelo de cuidado “medicalizante, hospitalocêntrico e tecnocrático”, e por anos essa assistência foi orientada basicamente para melhoria dos indicadores da saúde infantil.

Cruz, Caminha e Filho (2014, p. 88), reconhecem que a assistência ao pré-natal é uma parte crucial para o resultado da gestação, “visando à promoção da saúde da gestante e do feto, identificando as situações de risco para ambos e permitindo intervenções oportunas”. Eles afirmam que estudos observacionais apontam uma forte associação entre o pré-natal ineficaz com as altas taxas de mortalidade fetal, neonatal e infantil, maiores taxas de bebês prematuros, baixo peso ao nascer e mortalidade materna.

A mortalidade materna e infantil são indicadores da qualidade de saúde, que influenciam diretamente o grau de desenvolvimento de um país, onde as taxas de mortalidade são mais elevadas em pais subdesenvolvidos.

A assistência ao pré-natal não garante que as principais complicações do parto como hemorragias, septicemias e obstruções do trabalho de parto serão solucionados, porém certas intervenções podem alterar e favorecer o prognóstico materno. A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda investigar os riscos obstétricos com realização de exame clínico e obstétrico, com especial atenção a presença de anemia e avaliação da idade gestacional, aferir os níveis pressóricos, instruir a gestante sobre os sinais e locais de atendimento de emergência, dentre outras recomendações, para uma segurança quanto à qualidade de assistência pré-natal. Na promoção da saúde materna devem-se incluir programas de imunizações contra as principais doenças, individualizadas por regiões e países. (CALDERON; CECATTI; VAGA; 2006, p. 311-312).

## **SUS: UM DIREITO DE TODOS, SEM DISTINÇÃO DE RAÇA, ETNIA E COR**

A OMS define saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou enfermidade”, afirmando que usufruir o *melhor estado de saúde* é um direito fundamental de toda pessoa humana, sem distinção de raça, religião, posição política, condição econômica e social. O desenvolvimento saudável da criança é algo básico para uma sociedade e os benefícios e conhecimentos médicos e afins são essenciais para atingir um grau elevado de saúde (OMS, 1946, s/n, grifo nosso).

Paim (2009, s/n, grifo do autor) traz que a saúde além de ser um *estado da vida*, ou seja, um modo de se guiar a vida, é também um setor da economia, com produção de bens e serviços, e a sociedade espera que esse setor cuide das pessoas e populações mediante ações individuais e coletivas.

Segundo o Ministério da Saúde (2000, p. 5; 8) o SUS é formado pelo conjunto de todas as ações e serviços de saúde prestados por órgão e instituições públicas federais, estaduais e municipais, onde a participação da iniciativa privada é permitida como maneira complementar, com abrangência nacional.

A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 da Presidência da República, estabelece a saúde como um direito fundamental do ser humano, e o Estado devem prover condições necessárias para sua prática. A referida lei regulamenta o sistema de saúde brasileiro – SUS –, sob os princípios de universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde, onde o acesso aos serviços deve ser garantido em todos os níveis de assistência, considerando as necessidades específicas do indivíduo ou população, tratando os diferentes com suas diferenças, almejando alcançar a oportunidade de sobrevivência de maneira igual, reconhecendo que muitas desigualdades são injustas e devem ser superadas, atendendo o sujeito em sua totalidade, garantindo a prevenção de riscos e agravos, promoção, assistência e recuperação da saúde (TEIXEIRA, 2011, p. 5; BRASIL, 2000, p.6; 31).

A Constituição Federal (p. 18; 28- 29) cita diversas vezes a saúde como um direito básico do ser humano e dever do Estado sua garantia. O Capítulo II aborda os direitos sociais, afirmando que a saúde é um direito social, todos devem ter acesso, sendo competência da União, Estados, Distrito Federal e Municípios cuidar e defender a saúde e prestar assistência pública, devendo essa ser garantida por meio de políticas sociais e econômicas de acesso *universal e igualitário* (BRASIL, 2012,p. 116-117, grifo nosso), mas é preciso refletir sobre o atual modelo de acesso.

## **CAPÍTULO 3**

Gravidez é uma coisa de Deus, é bom demais. Deus que escolhe a gente é uma coisa de Deus, eu achei bom. Tirando a dorzinha que a gente sente no final, mas tá bom (Dona Margarida).

## RESULTADOS

Nesse capítulo serão apresentadas as entrevistas semiestruturadas das participantes, no que refere aos dados sociodemográficos, experiências com o pré-natal, parto e mulheres que realizaram partos no SUS, além da cultura e história contada a partir de vivências das participantes. Todas as entrevistas foram realizadas individualmente. Em algumas questões as participantes se demonstraram resistentes, porém nenhuma se negou a responder ou se sentiram forçadas a responder, mesmo sabendo que poderiam se negar ou desistir da pesquisa em qualquer momento antes da publicação, sem prejuízo algum.

As coletas de dados se deram no dia 28 de setembro de 2016, no acampamento cigano de etnia calon, localizado na rodovia DF 440, em Sobradinho, Distrito Federal. Antes disso houve um encontro entre o patriarca da família com as pesquisadoras, onde foi apresentado a pesquisa e seus objetivos, além da entrega do Projeto de Pesquisa. O senhor Paulo Dantas da Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (Seppir) foi o intermediador entre os ciganos e as pesquisadoras.

Pelo caráter sigiloso da pesquisa os nomes das participantes foram substituídos por nomes femininos inspirados em flores por suas características coloridas, alegres e harmoniosas. Os nomes foram respectivamente Margarida, que significa pérola ou criatura de luz, Jasmim, uma flor muito perfumada, Íris, que significa mensageira, pois ela juntamente com seu pai idealizou uma associação para lutar pelo direito do povo cigano, Dália, uma bela flor mexicana e Lís que significa meu Deus é um juramento, pois ao falar de seus filhos a participante afirma ser “uma benção de Deus”.

O roteiro da entrevista contou com 42 questões abertas divididas em núcleos: 1) Identificação; 2) Dados Socioeconômicos; 3) Experiência com o pré-natal; 4) Experiência do parto; 5) Experiência de mulheres que realizaram o parto no SUS e 6) Cultura e história, onde todas as respostas foram fornecidas pelas mulheres, e apenas uma participante não respondeu o núcleo 4 e 5, pois durante a coleta de dados ela se encontrava gestante de 8 meses.

## 1. **Dados sociodemográficos e socioeconômicos das participantes**

A pesquisa contou com a participação de cinco mulheres ciganas de etnia calon, acampadas em Sobradinho, Distrito Federal, com idades entre 22 a 54 anos, no qual duas das mulheres são solteiras e três casadas. Quanto à cor uma se declarou branca e as outras quatro afirmaram serem pardo-morenas. Três afirmaram pertencer à religião evangélica e duas a religião católica.

Todas possuem documentos de identificação, sejam eles cédula de identidade, carteira de trabalho, CPF ou certidão de nascimento, o que pode ser uma característica dessa família cigana, já que as literaturas apontaram que muitos ciganos são nômades e não possuem documentos de identificação. Duas participantes declararam não saber ler nem escrever.

Das participantes, quatro já eram mães de três, dois, cinco e quatorze filhos e uma estava grávida do primeiro filho com oito meses de gestação. A variação de residentes por casa variou de 2 a 12 pessoas, com renda mensal entre trinta e mil reais, no qual três participantes trabalhavam na rua vendendo pano de prato, toalha de mesa e cochas de cama, e as residências com menos pessoas possuíam o maior poder aquisitivo.

## 2. **Experiência com o pré-natal**

O núcleo III da entrevista buscou compreender qual é o conceito de saúde e do SUS que as participantes possuem, além de conhecer suas experiências nos serviços públicos de saúde e com o pré-natal.

O conceito de saúde foi uma das perguntas realizadas por nós, percebemos que saúde para elas está na ausência de doenças, e como algo importante, contrapondo o conceito estabelecido pela OMS, onde saúde não é apenas a ausência de doença, mas também o bem-estar físico, mental e social. A pergunta foi: **o que é saúde para a senhora?**

*É tudo, o principal da vida da gente é saúde (Dona Margarida).*

*É viver bem, o que mais, saúde é tudo. É importante, que a gente tem que ter (Dona Jasmin).*

*Saúde pra mim é a coisa mais importante, porque a gente sem ela, a gente não consegue nada, a gente tem que ter ela em primeiro lugar, antes de qualquer coisa (Dona Íris).*

*É a pessoa não ter doença né? A pessoa viver tranquila (Dona Dália).*

*Eu graças a Deus sou sadia, graças a Deus não sinto nada. Sem doença graças a Deus (Dona Lís).*

Quando questionado se elas sabiam o que seria o SUS e se conheciam, as respostas foram diversificadas. Dona Jasmim e Dona Dália conheciam o SUS apenas como um cartão.

*O SUS é um cartãozinho que a gente tem que é atendido mais rápido. Quando a gente vai comprar uma coisa que é mais caro, mostra ele e fica mais barato (Dona Jasmim).*

Dona Margarida afirma não conhecer muito o SUS, pois só foi ao centro de saúde ou hospital como acompanhante ou para ter os bebês, pois se considera saudável e Dona Lís declarou não saber o que é o SUS.

*SUS é um órgão que foi criado pra, eu acho né, o SUS é um órgão de saúde pra receber a população, é um órgão que não é particular, que a gente não precisa pagar pra receber ajuda nos hospitais (Dona Íris).*

Para elas o SUS seria apenas um cartão que serve para ir ao centro de saúde ou hospital, desconhecendo que se trata de um Sistema Único de Saúde que oferece a todo indivíduo o direito de acesso integral, universal, equânime e gratuito a serviços de saúde (Fiocruz, 2016, online).

Quatro mulheres afirmaram possuir o cartão SUS/SES, dessas, três afirmaram ter confeccionado no evento cigano Brasil Cigano – I Semana Nacional dos Povos Ciganos, realizado entre os dias 20 e 24 de maio de 2013 (BRASIL, 2016, online).

*Dentro desse evento teve alguns quiosques, então veio direitos humanos, veio à saúde, veio várias secretarias e uma delas foi*

*a saúde, e nesse dia eles fizeram esse cartãozinho, infelizmente às vezes quando a gente vai usar esse cartão, eles falam que nem existe, eles falam “então vocês foram os primeiros a receber”, é um cartãozinho magnético verde que as pessoas, os funcionários públicos da saúde nem conhecem o cartão, aí a gente vai e explica que foi em um evento assim, depois de se constranger um pouco, passar por mentiroso um pouco assim, depois eles entende e vai lá e puxa um outro prontuário e cola nesse cartãozinho (Dona Íris).*

Dona Dália informou que o seu foi feito no Centro de Saúde próximo ao acampamento e Dona Margarida declarou não possuir o cartão.

As mulheres que fizeram seus Cartões SUS/SES no evento cigano relataram que o mesmo não funciona, sempre que vão ao Centro de Saúde o sistema não as reconhece como usuárias, então elas se veem obrigadas a realizar um novo cadastro, o que por vezes se tornar uma limitação, pois nem sempre elas estão com documentação em mãos, e algumas relataram ter perdido alguns documentos nos vários processos de deslocação.

Três participantes afirmaram já terem sido atendidas sem o cartão SUS em algum estabelecimento público de saúde, uma informou que teve que apresentar o cartão no ato da consulta e outra disse não utilizar o serviço de saúde.

*Já fui, mas eles deixa bem claro que a gente tem que ter o cartão do SUS, eles deixa bem claro que é como se fosse um jeito de monitorar aonde a gente foi consultado, em que ano, porque, qual foi o diagnóstico (Dona Íris).*

Elas afirmaram que o Centro de Saúde localizado próximo ao acampamento já têm conhecimento da população cigana e sempre que necessário é prestado atendimento a elas.

Todas afirmaram não possuir nenhum problema de saúde diagnosticado por médicos, apenas Dona Dália relatou ter um inchaço no corpo, mas que ainda não foi diagnosticado. Ela afirma que quando o inchaço incomoda, ela vai até um serviço de



saúde e o profissional que a atende prescreve algum medicamento que ameniza os incômodos.

A partir da décima sétima questão começaram as perguntas focadas no pré-natal, parto e pós-parto, com a seguinte pergunta: **a senhora sabe o que é pré-natal e sua importância?**

*Sim, precisa muito (Dona Margarida).*

*Sei, é o que acho né? Eu acho que é importante pra gente poder, pro bebê nascer com mais saúde, a gente evitar muitas doenças, eu acho que é isso (Dona Jasmim).*

*Sei, pré-natal é um tratamento quando a mulher tá gestante, e a importância dele é o bem-estar, não só da grávida, da mãe mas da criança pra prevenir muitas doença (Dona Íris).*

*Sei, mas na minha época que eu fiquei grávida dos meus meninos, eu nunca fiz pré-natal [...] É importante porque pras crianças não nascer com problema, porque tem várias crianças que tem problema, que nascem com problema, e fazendo pré-natal, cuida direito, toma remédio, com Deus na frente não acontece as coisas" (Dona Dália).*

*Sei, é bom né? É porque sabe como a criança tá, mede todo mês. É coisa boa (Dona Lis).*

Todas afirmaram saber o que seria o pré-natal, mas apenas uma soube explicar o que significava pra ela. E sua importância está embasada apenas para o bem-estar e prevenção de doenças do bebê, não se preocupando com a saúde materna.

Quando perguntado como descobriram a gravidez, quatro responderam que só foram descobrir depois do terceiro mês de gestação, sob a justificativa que a barriga começou a crescer e sentiram enjoos, apenas uma participante fez o teste de gravidez de farmácia. Dona Íris realizou o pré-natal das duas filhas, três foram em algumas poucas consultas e uma não realizou nenhuma consulta, só foi ao hospital pra ter as crianças. As mulheres que tiveram atendimento em centro de saúde ou hospital afirmaram ter recebido uma boa assistência por parte da equipe

multiprofissional, duas afirmaram que suas dúvidas sobre parto e pós-parto foram respondidas as demais declararam não ter feito pergunta alguma. As que fizeram perguntas alegaram que poderiam ter sido melhor respondidas, especialmente na primeira gestação.

Das cinco participantes, duas relataram ter tido infecção durante alguma das gestações, uma no início e outra com oito meses de gravidez, que foram resolvidas por meio de internação e medicação.

Quando questionadas sobre a realização do exame Papanicolau/Preventivo durante o pré-natal, uma participante disse ter realizado por conta de uma infecção, duas afirmaram não terem realizado, uma não sabia o que era o exame e outra não realizou nenhuma consulta durante a gestação, concomitantemente perguntei se elas conheciam o Papanicolau e se já haviam realizado em algum momento da vida. Dona Lís afirma não saber o que o exame é e que nunca realizou.

*Não, eu nunca fiz essa coisa, porque toda vez que eu vou sempre é homem, então, até da fila uma vez, eu tava na fila chegando no doutor aí eu saí da fila [...] não, não sei o que é papanicolau não [...] É o mesmo preventivo? Preventivo é o exame que faz pra saber se a gente tem algum problema [...] e ele é importante esse exame, eu tenho vontade de fazer, só que toda vez dá errado pra mim (Dona Margarida).*

A Dona Jasmim inicialmente não sabia o que era o exame, depois de explicado, ela afirma ter realizado durante a gestação por conta de uma infecção, porém os profissionais não explicaram o que era e o motivo de sua realização.

*Durante o pré-natal? Se eu te falar a verdade eu não tenho certeza, porque eu sempre fiz esse exame, sempre fiz, eu não me lembro se durante a gravidez eu fiz. Faz até pouco tempo agora, faz uns 15 dias que eu fiz aí no postinho [...] inclusive esse posto de saúde está de parabéns, ela (médica) perde um tempo, não é assim que ela perde um tempo, é diferente dos outros postos, ela olha olho no olho e conversa mesmo, é aquela preocupação de explicar detalhes, de ir lá no*

*computador e mostrar vídeos, sabe?, da importância de fazer esse exame (Dona Íris).*

*Olha, eu tenho 53 anos, eu senti umas dor na minha barriga quando eu morava em Santa Maria, aí minha menina me levou escondido pra mim fazer esse exame [...] Sem eu saber, porque, quando eu percebi que era, falei: não vou de jeito nenhum, e era um médico, ainda mais médico, não aceito de jeito nenhum. E não aceitei mesmo, aí foi e passou com uma médica, aí foi que eu fiz, mas vai fazer quase três anos que eu fiz esse exame [...] Foi a primeira e última vez, aí não fiz mais (Dona Dália).*

Durante as entrevistas as mulheres que conheciam o exame, reconheceram sua importância, sabiam que através dele era possível diagnosticar precocemente doenças e ter um prognóstico mais eficaz, porém, por se tratar de um exame invasivo e se realizado algumas vezes por homem, elas afirmaram se sentirem constrangidas. Para elas um homem tocá-las é considerado um desrespeito, e o desejo delas eram ser atendidas por profissionais de saúde do sexo feminino, o que demonstra um despreparo do sistema com relação às diferenças culturais.

### **3. Experiência com o parto**

O presente bloco de perguntas objetivou conhecer quais foram às experiências dessas mulheres com relação ao parto e pós-parto no SUS. As respostas dos núcleos IV e V da entrevista serão apresentadas em conjunto, tendo em vista que todas as participantes realizaram seus partos em serviços públicos de saúde ou em casa.

Questionadas se receberam algum aconselhamento sobre os cuidados com o bebê no hospital, Centro de Saúde ou familiares, duas participantes afirmaram terem recebido no hospital, mas somente como amamentar e dar banho no recém-nascido. Outras duas disseram ter aprendido com familiares, sogra e mãe de criação. E uma afirmou que quando foi ao hospital não foi por esse motivo.

As quatro mulheres afirmaram terem realizado os partos em hospitais, apenas Dona Lís disse que seu esposo realizou dois de seus quatorze partos.

*Eu tive o primeiro meu ganhei em casa, você acredita? O meu mais velho, de 24 anos, eu tive ele em casa, quem fez foi o meu esposo, e tive a outra minha de 18, eu tive mais ele (esposo), eu tive dois então, ele que cortou o umbigo, graças a Deus tá moçona já casada, e o outro já é casado e é pai de quatro filhos (Dona Lís).*

Quanto às experiências com o parto, as quatro respostas foram diversificadas.

*Graças a Deus não senti nada, só senti dor mesmo pra ganhar (Dona Margarida).*

*Foi bom, bom demais (Dona Lís).*

*Misericórdia, a primeira quase que eu morria, eu pedia pra Deus me levar, porque eles me tratou muito com indiferença [...] então pra mim foi um trauma muito grande, quando eu engravidei de novo quase que eu morria, só de pensar pelo que eu passei, eu cheguei a pedir pra Deus me levar, eu falei: “meu Deus me mata”, porque ninguém vinha falar comigo dentro da sala, quando olhei pro médico, ele de havaiana do meu lado, isso pra mim me matou [...] a segunda já foi melhor [...] aí no dia lá a pessoa que eu pensei que era enfermeira, que ficava do meu lado com tanto carinho comigo na segunda, era a minha médica, a que ia fazer o parto, era a médica, de tão boazinha que ela era (Dona Margarida).*

*Meus parto era tudo ruim [...] eu desmaiava e não via nada. Eu tenho três cesáreas [...] de tanta dor, de tanto sofrimento, não dava mais, daí se entregava mesmo (Dona Dália).*

São diferentes os relatos de experiências dessas mulheres, enquanto duas relataram como uma vivência boa e agradável, as outras relataram suas histórias como experiências ruins, mas deixando claro não terem se arrependido de ser mãe, mas afirmando não querem mais filhos pelo descaso dos serviços público de saúde

e pela dificuldade do corpo em conceber as crianças. Todas afirmaram não ter tido nenhuma complicação durante o parto.

Questionadas como foram suas recuperações pós-parto:

*Rápido demais [...] ai passa uns dois ou três dias, nós (mulheres ciganas) somo rápida, tem gente que demora vinte, trinta dias pra voltar a fazer, e nós não, dez dias no máximo (Dona Margrida).*

*Foi boa, só o da Vit... também que eu quase morri, Vit... foi a primeira, deu tipo infecção nos pontos, então tudo foi traumático, eu fiquei com trauma [...] eu ficava corcunda andando, gritava de dor, queimava, gritava (Dona Íris).*

*No cesáreo, eu ficava dois, quatro, cinco dias, porque tava no hospital, porque lá aonde eu ganhava ficava três dias internada, e quando eu sai, ai fica dois, três dias sem pegar peso, sem nada pra modo dos ponto não arrebentar. Mas na minha primeira menina, eu não tive isso, ai eu vim pra casa ai eu era obrigada a fazer minhas coisas, os ponto arrebentou tudo, precisei voltar de novo pro hospital pra costurar de novo, levei mais de 30 dias pra melhorar esses pontos, infeccionou, passei foi mal. Ai já do outro eu já tinha um pouco de experiência, ai eu cuidei mais um pouco, minha cunhadas me ajudavam, ai foi mais tranquilo. Os normal teve um que eu levei 16 ponto o outro levei 10 ponto, é ruim demais, é ruim demais (Dona Dália).*

Dona Lís teve todos os partos normais, ela afirma não ter ficado de repouso e fazia todas as atividades domésticas.

Duas participantes relataram ter uma recuperação pós-parto rápida, e por morarem em acampamento com familiares, sempre que necessário algum familiar ajudava a parturiente a cuidar das tarefas domésticas, mas isso por poucos dias. Elas falaram que as informações sobre o resguardo eram superficiais, o que era uma dificuldade, especialmente para as mães de primeira viagem.

Duas participantes não fizeram nenhuma consulta pós-parto, preconizada por portarias e manuais, as outras duas realizaram em apenas alguns partos. Segundo Dona Margarida ela nunca fez nenhum exame depois do parto e Dona Lís afirma ir ao Centro de Saúde apenas para vacinação dos filhos ou quando os mesmos precisam. Dona Íris realizou apenas no segundo parto e Dona Dália apenas das três cesáreas.

Quando questionadas se elas receberam informações sobre o resguardo e sua importância no hospital apenas Dona Lís afirmou que sim. Dona Íris disse que eles explicaram superficialmente. Dona Margarida e Dona Dália apenas responderam não terem recebido informação nenhuma. O período puerperal são momentos de grandes mudanças físicas, psicológicas e sociais na vida de uma mulher, e como citado anteriormente, o Manual Técnico Pré-natal e Puerpério afirma que a mulher e o recém-nascido devem voltar ao serviço de saúde entre sete a dez dias após o parto para avaliação do estado de saúde da mulher e recém-nascido (BRASIL, 2008, p. 80).

Perguntado as mulheres se elas sentiram/perceberam que os profissionais de saúde estavam preocupados com elas e seus bebês, as respostas foram:

*Se mostravam [...] conversando comigo, me acalmando, dizendo ta tudo bem, ta tudo bem (Dona Margarida).*

*Eram, eles iam toda hora, eles vem toda hora (Dona Lís).*

*Só no segundo [...] primeira que era mais importante de eles me dá aquele apoio, não (Dona Íris).*

*Não [...] Eles me botou na maca lá e me deixou lá, quando eles veio cuidar de mim o menino já tava quase nascendo, e o menino não tinha passagem, precisou, eles fizeram, me aplicou anestesia e não pegou, eles me cortando e eu gritando, eu sofri (Dona Dália).*

Para algumas apenas o fato dos profissionais irem ver como o seu bebê está já é uma forma de cuidado, enquanto para outras o descaso demonstrou uma despreocupação por parte dos profissionais com relação a elas e seus bebês.

Três participantes afirmaram que logo após o parto os profissionais de saúde levaram seus bebês para elas verem e apenas uma afirmou não ter visto porque havia desmaiado logo após o parto.

A questão de número 36 indagou se a participante se sentiu descriminalizada por ser cigana, as quatro afirmaram não terem sofrido descriminalização, porém todas relataram esconder o fato de serem ciganas.

*No hospital ate que não porque como na maioria das vezes, nos é cigano, nos gosta de usar nossos trajes ciganos [...] Eu quase não uso, ai sempre que eu chegava nos hospital, não tava parecendo, não tava com meus trajes [...] Ai as pessoas não perguntavam [...] Eu se escondo, muito (Dona Margarida).*

*Eu não falei que era cigana, lá eu tava casada, e não tava na minha família, eles nem sabiam [...] no hospital ninguém sabia (Dona Íris).*

Dona Dália e Dona Lís afirmaram não terem percebido algum tipo de preconceito, então perguntei a elas se haviam informado se eram ciganas e ambas respondera que sim.

O fato das mulheres esconderem que são ciganas por medo de represaria, exprime a opressão que elas vivem. Todas têm alguma história rodeada de preconceito e descriminalização, até mesmo as participantes que relataram não terem percebido nenhum tipo de preconceito no sistema de saúde, durante as conversas elas apontam momentos que passaram por intolerância cultural.

O núcleo VI da entrevista trata sobre perguntas relacionadas a conceitos culturais e históricos na percepção das mulheres. A primeira pergunta foi: **o que significa gravidez para a senhora?**

*Gravidez é uma coisa de Deus, é bom demais. Deus que escolhe a gente é uma coisa de Deus, eu achei bom. Tirando a dorzinha que a gente sente no final, mas tá bom (Dona Margarida).*

*Uma benção de Deus (Dona Jasmim).*

*Uma dádiva de Deus, e eu assim, gravidez pra mim na questão da saúde, sendo a pessoa sendo bem tratada, com alimentação correta, fazendo tudo bem certinho, não é doença, é uma vida que vai nascer, então você tendo uma alimentação, porque muitas grávidas, por exemplo no acampamento cigano sofre muito com anemia com essas coisas porque não tem alimentação correta, não tem condição de ter aquela alimentação balanceada que fala: ô grávida tem que comer de três em três horas, comer fruta, aí fala: não tá certo, mas coitadinhas, só Deus sabe, ela tem o desejo, tem a vontade, mas é muito dificultoso por essa questão de vulnerabilidade que a gente vê (Dona Íris).*

*Gravidez é a pessoa ficar grávida [...] Tem hora que eu sento pra pensar assim, é uma coisa de Deus mesmo né? A gente vê os filhos da gente assim, criar, eles crescer casar e ter os mesmo filhos que a gente tem, é coisa da gente pensar, coisa de Deus mesmo porque não é coisa da terra não (Dona Dália).*

*Gravidez é coisa boa, é que Deus dá as coisa pra gente quando precisa né? Então os filhos da gente, é tudo na vida da gente. Eu mesmo agradeço a Deus que me deu essas bênçãos, tudo sadia, graças a Deus, não tem problema, a maior riqueza, porque tem muitos ricos que não tem a oportunidade que nós vive aqui ô, ô pra você vê (Dona Lís).*

Todas apresentaram a gravidez como algo divino, que está além da vontade humana e que o fato das crianças nascerem saudáveis é algo gratificante para essas mulheres. Nenhuma das participantes possuía filhos com alguma doença ou enfermidade.

Questionadas sobre os meios contraceptivos utilizados por elas, apenas duas mulheres utilizam, Dona Íris fez laqueadura há sete anos e Dona Lís usa DIU (dispositivo intrauterino), há quase seis anos, ambos foram realizados no serviço público de saúde. As demais participantes declaram não utilizar nenhum meio contraceptivo.



*Pra falar a verdade pra senhora eu nunca evitei, eu bebia remédio, eu tomava o comprimido hoje e amanhã esquecia, depois já bebia dois aí eu engravidava [...] eu acho que eu tomei sem ir ao postinho [...] mas também se eu tomei muito foi uma cartela, se eu tomei muito foi uma cartela, cheguei a tomar não, agora minha irmã não, minha irmã ela evita, ela toma injeção todo mês (Dona Margarida).*

*Eu não preveni não, casei, só depois que eu ganhar o menino que vou evitar (Dona Jasmim).*

*Eu juntei com o meu marido, nós tem, vai fazer quase 40 anos juntos, fiquei oito anos sem ganhar neném. Não tomava remédio. Não evitava, não tomava remédio, nem nada (Dona Dália).*

Das cinco mulheres apenas duas utilizam algum meio anticonceptivo, sendo um desses irreversíveis, as demais optaram por não precaver a gravidez.

Perguntado a elas como aprenderam a engravidar, buscando conhecer como se dá o processo de sexualidade dentro de uma cultura onde as mulheres não são tocadas por outros homens que não sejam seus esposos.

*Por que nós cigano assim não tem muito essa, nós não tinha esse costume, tipo de ter uma filha e já conversar com a filha, oh filha vai acontecer isso e isso, tem tipo vergonha. Eu mesmo tenho uma filha já mocinha eu tenho vergonha de conversar com ela [...] Não consigo falar com ela livremente, já minha irmã não, essa daqui, ela conversa com as filhas dela de boa (Dona Margarida).*

Dona Jasmim relatou nunca ter tido esse tipo de conversa com ninguém.

*Eu descobri foi no mundo mesmo, porque dentro, ninguém fala, nem as mais velhas assim, as mulheres mais velhas, como nossa mãe foi embora eu tinha 10 anos piorou mais a situação, então eu fiquei mais ainda sem informação, meu pai que cuidou de nós, e as mais velhas que a gente procurava saber*

*de alguma coisa, já falavam assim: ô para de safadeza, querendo saber. Daí a gente ficou sem informação nenhuma, tanto que quando eu menstruei eu fui pra debaixo do chuveiro e fiquei lá, falei: uma hora isso daqui vai estancar, fiquei lá, não sabia o que eu botava pra parar, entendeu? E ninguém me falou nada [...] Ai coloquei umas três calças e falei agora vai dar certo e fui dormir, e não tinha informação. Ai pra comprar o absorvente foi um problema, porque a gente não tinha coragem, porque tudo pra nós era vergonhoso, então se nós fosse lá e o dono do mercado pegasse o absorvente, tava com sacanagem né, tava com desrespeito com nós, entendeu? Então por ninguém falar tudo nós pensava que era errado (Dona Íris).*

*Nesse tempo, uns tempo atrás a gente tinha era vergonha de conversar com os mais véi, os mais véi tinha vergonha de falar pra gente, não tinha aquelas coisas que tem hoje. Coisa a gente vê na televisão, a gente vê as coisa tudo, naquela época não tinha isso (Dona Dália).*

Dona Lís se mostrou resistente à pergunta, então foi perguntado se ela havia aprendido sozinha, ela respondeu que sim, e se alguém mais velho falou algo, ela apenas respondeu não.

Todas alegaram ter aprendido sozinhas, porque falar de tal assunto era algo desrespeitos para com os mais velhos, o que torna o tema sexualidade algo enigmático entre as ciganas. Então fiz perguntas de respostas rápidas, buscando entender o que elas sabiam sobre os temas: resguardo, pré-natal, pós-parto, amamentação e menstruação, sem muito tempo para pensarem nas respostas, buscando compreender o que de fato elas sabiam sobre os assuntos apresentados.

## **Resguardo**

*Pra nós resguardo é tipo repouso, ficar um dia sem pegar peso, sem fazer [...] é repouso (Dona Margarida).*

*É um jeito de, de ter que ficar quieta por uns dias (Dona Jasmim).*

*É o momento de resguardar a mulher mesmo assim, de cuidado com aquela pessoa (Dona Íris).*

*É quando a gente ganha menino, pra poder guardar as coisa errada pra não fazer, eu penso assim, não ficar fazendo extravagância (Dona Dália).*

*É a pessoa que tem criança, ficar mais quietinha, deitada, não trabalhar, né? (Dona Lís).*

Para elas o resguardo é um momento de repouso e descanso para a mulher, que nesse momento merece um cuidado especial.

### **Pré-natal**

*É um cuidado né, com a gravidez, um cuidado (Dona Margarida).*

*É pra gente saber, como é que, é como é que fica o bebê, fica bem, dos remédios que a gente tem que dá, o quê que a gente tem que evitar (Dona Jasmim).*

*É se prevenir de várias doenças, de se prevenir mesmo de vários tipos de doenças pra criança e pra mãe (Dona Íris).*

*É quando a mulher fica grávida, aí faz o pré-natal todo mês (Dona Dália).*

*É ir ao médico todo mês ver como é que o bebê tá medir o bebê (Dona Lís).*

Todas apresentaram conhecimento sobre o que seria o pré-natal, apesar de apenas uma das participantes ter realizado o pré-natal de todos os filhos, porém elas evidenciaram o pré-natal apenas como um cuidado com bebê, somente Dona Íris afirmou ser um meio de se prevenir doenças para a mãe também.

### **Pós-parto**

*É uma precaução, cuidado, tem que ter cuidado (Dona Margarida).*

*É ter repouso (Dona Jasmim).*

*Pós-parto é um momento bem delicado, e que deve ser, que a mãe, no caso e a criança, principalmente a mãe, porque a mãe vai cuidar bem da criança ela sendo bem tratada, eu acho que tem que ser bem, tem que ser bem tratada, bem cuidada, bem alimentada, o que não tem no acampamento cigano (Dona Íris).*

Dona Dália e Dona Lís afirmaram não saber o que é o pós-parto.

Diferentemente do pré-natal, o pós-parto é caracterizado como um cuidado com a mulher e duas participantes afirmaram não saber o que seria o pós-parto, mas conhecem o que é resguardo.

### **Amamentação**

*É tipo um dever né [...] uma obrigação da mãe (Dona Margarida).*

*Dar leite. Tipo uma obrigação, um dever da mãe (Dona Jasmim).*

*Muito importante porque previne vários tipos de doenças, inclusive alergia [...] eu acho muito importante à mãe tá sendo bem alimentada, porque ela vai alimentar, então a partir do momento que ela é bem alimentada, ela vai alimentar bem (Dona Íris).*

*Dar mama (Dona Dália).*

*Amamentação é dar o peito pro bebê, abastecer o bebê, mama 6, 7 meses pra depois tirar (Dona Lís).*

Para essas mulheres a amamentação é o ato de alimentar a criança, sendo isso uma obrigação da mãe e algo importante para o bebê, mas nenhuma falou sobre o vínculo, afeto e proteção que tal ato proporciona. De acordo com o Ministério da Saúde (2009), amamentar vai além da nutrição infantil, é um processo

que envolve interação profunda entre mãe e filho, com repercussões no estado nutricional da criança, em sua habilidade de se defender de infecções, em sua fisiologia e no seu desenvolvimento cognitivo e emocional (BRASIL, 2009, p.11).

## **Menstruação**

*Ô raiva que me dá, mas dizer que nem Nega, Deus manda, mas dá uma raiva na gente (Dona Margarida).*

*Menstruação mesmo. Não gosto não (Dona Jasmim).*

*Menstruação também acho importante, porque é, pelo que eu aprendi assim até indo no SUS, não sei se eu to certa, é a saúde da mulher, como se estivesse o organismo trabalhando bem, tudo certinho, se não vim é porque ta grávida, e aí é importante, é como se tivesse saindo a sujeira de dentro da mulher todo mês, na minha cabeça é assim (Dona Íris).*

*Menstruar todo mês (Dona Dália)*

*Menstruação é nossa né? Quando vem (Dona Lís).*

Para as participantes a menstruação é o ato de menstruar, e quando o ciclo menstrual atrasa, é sinal de gravidez. Duas participantes afirmaram não gostar de menstruar e uma considera como algo que faz parte do ser feminino, mas nenhum atribuiu algum significado a ela.

Antes de se tornar mãe a gestante imagina o parto de diferentes maneiras, diante disso a pesquisa buscou compreender como as participantes acreditavam ser um parto e como elas desejariam que fosse parto.

*Sem sentir dor (Dona Margarida).*

*É um sufoco, mas também depois vem a recompensa. Vale a pena o sufoco que a gente passa depois que passa a tristeza vem à recompensa grande. Que é uma dádiva de Deus (Dona Jasmim).*

*Que era a coisa pior do mundo, porque todo mundo sempre falou né que era a dor da morte, então eu imaginei isso, eu*

*falei: meu Deus do céu, to indo agora pra forca, porque as mulheres do acampamento sempre disse: ô é a dor da morte, é muita dor, e só falava isso (Dona Íris).*

*Eu imaginava parto, a mulher do meu pai ela foi ganhar o primeiro menino dela com meu pai, meu pai era viúvo e casou com outra mulher, ai eu tinha uns 7 a 8 anos mais ou menos e ai ela sentiu dor pra ganhar neném e ai ganhava nas barracas assim, fechava as barracas e tinha parteira, ai o pessoal pediu um sacão, ai eu achei que aquele pacote enfiava na barriga dela pra poder o neném sair, e eu sai no mundo abri a boca pra chorar, a mulher vai morrer, vai morrer [...] pensar que iam rachar a barriga da mulher. Parto era aquilo (Dona Dália).*

*Quando tive meus filhos eu fiquei alegre, fiquei alegre, satisfeita graças a Deus (Dona Lis).*

A maioria das mulheres acreditava que o parto seria um momento de aflição e angústia, e para Dona Dália ao presenciar as dores de parto da esposa de seu pai, criou um imaginário de que o parto era cortar a barriga da mulher e retirar o bebê. Quando gestante ela realizou três cesáreas, o que ela imaginava quando criança ser um parto aconteceu com ela, porém de maneira mais ameno. Apesar disso, elas acreditavam que após as aflições e os sufocos, a alegria nasceria juntamente com o seu filho.

Procurando entender como os ciganos realizavam o parto, perguntei as participantes como eram realizados os partos e se ainda os faziam.

*Pelo povo cigano era tudo em casa, assim nos acampamentos, tem uma tia mesmo minha que ela viajando, eles viajando quando tava morando fora da cidade dentro dos matos assim na beira de uma lagoa, de barraca, num tempo de chuva assim bem, ela ganhou criança sozinha, ela mesmo fez o parto dela [...] uma criancinha [...] meu tio ali mesmo, a menina dele, uma moça que ele tem, no dia que a mulher dele sentiu dor pra ganhar rapidão lá, ele que tava, ele que fez o parto dela. A*

*maioria daqui, as mais nova assim que teve no hospital, mas as mais velhas tudo, fui tudo em casa. Em casa aqui eu quero dizer ainda é bom, foi tipo no mato, porque nós viajava e morava muito debaixo assim no mato. Acho que não tem mais não (Dona Margarida).*

*Eles faziam nas barracas mesmo, nascia na barraca mesmo. Já nascia e já viajava no mesmo dia. Tem muitos que fazem (Dona Jasmim).*

*Antigamente eles faziam mais no acampamento, porque era menos doença, não tinha essa questão de hipertensão, as comidas era mais saudável né? Então elas fazia, elas fazia com uma faca, tesoura, cortavam o umbigo, quando tinha o menino dava um caldo de galinha, fazia um pirão, falava: pronto, agora a mulher tá forte, tá preparada pra levantar e cuidar do bebê. Se preciso fazem (partos em casa), elas tem essa capacidade de fazer, só que graças a Deus como a gente não vive mais no mato igual a gente era obrigado a viver com medo da sociedade e dos policiais, porque a gente era totalmente botado pra fora sempre, mas por segurança de vida mesmo assim a gente prefere já ir pro hospital (Dona Íris).*

*Parteira, em casa, não era cigana parteira, tinha as parteiras, aí buscavam e traziam, pagavam pra elas. (Cesáreas) Não existia não. De uns anos pra cá eu não vi isso mais não, hospital mesmo, acho que o povo tomou medo. Até uns pouco tempo, morreu uma parente nossa, tem o que, uns seis anos, foi na Bahia, ela sentiu dor pra ganhar bebê, era mãe de muitos filhos ela, e aí levaram ela pro hospital, voltou ela pra trás, ela veio, quando voltou ela pra trás ela sentiu a dor bem forte pra ganhar o neném, a gente foi, ela ganhou o neném em casa, mas morreu ela, morreu o bebê. O menino morreu sufocado, ele ficou enrolando no cordão, e a pessoa que tava lá não tinha parteira, não sabia mexer, aí morreu o bebê, quando ela*

*acabou de ganhar o bebê, deu hemorragia nela, levou para o hospital, já chegou morta (Dona Dália).*

*Eu mesmo ganhei dois em casa, meu esposo mesmo que foi o parteiro, cortou com tesoura, mediu os três dedos o umbigo e cortou, ta ai meus filhos tudo sadio graças a Deus. Bom aqui do nosso meio só foi ele mesmo (Dona Lís).*

Apesar de algumas das participantes afirmarem desconhecer a prática de parto em casa, Dona Lís relatou ter realizado dois de seus quatorze partos em casa com ajuda do seu esposo. A prática já não é mais intensa como dantes, por medo do que pode acontecer com a mãe e o recém-nascido. Antigamente as mulheres eram obrigadas a terem seus filhos em barracas ou no meio do mato por serem expulsas das cidades, mas lentamente isso vem mudando, alguns ciganos possuem documentação e aos poucos estão sendo vistos como cidadãos brasileiros, porém Dona Íris afirma que cerca de 80% dos ciganos no Brasil não possuem nenhum tipo de documento.

As entrevistas finalizaram com a seguinte pergunta: **como a senhora gostaria que o SUS lhe atendesse?**

*Pra falar a verdade assim, eu queria assim, tipo que nem eu queria fazer uma prevenção fosse uma mulher, uma mulher, só, e quando a gente chegasse precisando mesmo de ser atendida, eles não importam muito assim, com querer a documentação, porque acontece muito da gente não ter na hora [...] Dificulta muito, muito, muito, muito (Dona Margarida).*

*Como qualquer um brasileiro, que nós também somos filho de Deus e brasileiro, queria que ele atendesse igual aos outros não cigano, que eles não atende [...] Tem preconceito, quando sabem que é cigano, eles já trata diferente, e eu queria que ele atendesse a gente igual atende qualquer um (Dona Jasmim).*

*Gostaria que me atendesse, porque na verdade as pessoas que trabalham no SUS às vezes não tá preparada pra atender especificidade diferente de cultura, então eu gostaria que eu*



*fosse atendida como cigana, e que fosse respeitada a minha cultura, dentro do que eu faço, do que eu sou, e que não melhorasse só pra nós cigano não, pra todas as mulheres, porque precisa melhorar não só pras mulheres ciganas não, precisa mudar muito, porque eles pensam que a gente não sabe que eles tão sendo pagos pra isso, pensa que é de graça [...] Num todo, eu acho que o público que vai, a sociedade que vai ao SUS, ele não é bem tratado, ele é desrespeitado, é indigno, sabe? [...] Como se fosse um favor, eu sinto isso, não só pra minha comunidade, pro meu povo cigano, eu acho que deveria ser respeitado num todo, porque eles pensam que a gente não sabe, pensam assim: é um povo ignorante, nós tamo aqui, passa, não tem aquela educação de dá um bom dia, um boa tarde, de olhar no olho na hora de, porque é muito importante uma pessoa olhar no olho da outra e falar eu to sentindo isso isso, as vezes nem levantar, não sabe nem qual foi o seu rosto, então não é legal isso, a pessoa que tá doente ser maltratada, não ser respeitado, a pessoa faz é piorar, sendo que a gente sabe que é pago, e muito bem pago que a gente merece todo respeito do mundo, porque a coisa mais importante que a gente tem é a saúde, então se a gente não tiver isso no nosso país o quê que a gente vai ter? (Dona Íris).*

*Ser atendida como a gente é, cigana, chegar e mostrar o que a gente é pra eles atender a gente igual atende qualquer um, porque quando eu fui mesmo no hospital ali, que eu fui lá a noite pra ver a minha barriga, elas perguntou: você é cigana? Eu respondi: sou, com a roupa de cigana né. Eu falei sou sim. Mulher olhava pra uma, olhava pra outra, eu sou cigana, mas sou igual você, do mesmo jeitinho que você eu também sou, falei pra ela, não tem diferença nenhuma, ai ela: não tudo bem tudo bem, eles atenderam com preconceito. E eu queria mais respeito, até veio umas quatro e me furaram todinha pra achar minha veia, num achou ai eles chamaram outro médico, um já*

*de idade, veio com calma comigo, conversando comigo, aí ele achou uma veia bem aqui e aplicou o remédio e o soro, mas se fosse por elas, eu acho que elas tavam com preconceito sabe, eu pensei isso, me furaram todinha, eu falei: vocês não vão me furar mais não, vocês parecem que não tá tendo paciência. Eu queria mais médica, mais enfermeira pra atender a gente, porque eu tenho muita vergonha sabe? O mesmo médico colocou a mão em mim, que eu nunca aceitei, sempre quem fez parto foi a mulher, o médico vinha e eu não deixava, mesmo quando tava ganhando neném, teve um mesmo que uma vez brigou comigo, me xingou. Com vergonha, aí eu sei lá. Questionada se no Postinho possuí alguma médica sua resposta foi a seguinte: tem o médico, ele consulta a gente e tudo, mas quem toca, tem a médica que é muito conhecida nossa. Veio uma equipe aqui, uma época aqui, pessoal do postinho, aí veio aqui fazer uma palestra com nós, fez com nós primeiro mulher, eu não fiquei de jeito nenhum, porque as palestras que eles veio fazer, nossa, esquisito demais. [...] É como prevenir, mostrou lá tudo as coisas lá, aí eu sai fora, sai correndo, tinha pessoas velhas lá que a gente tinha vergonha, sabe, de ficar mostrando aquilo ali, e eu sou uma pessoa que tenho muito respeito pelas pessoas mais velhas. E depois foi os homens, e fizeram com os homens, as mulheres fizeram (profissionais de saúde do sexo feminino). Teve uns que ficou, outros não ficou porque tinha também os mais velhos, uns tinham vergonhas dos mais velhos, não é porque não quis ver, mas é respeito (Dona Dália).*

*Eu graças a Deus toda vez que a gente precisa do hospital a gente vai e o povo recebe nós bem graças a Deus, sem negar que é cigana (Dona Lís).*

O maior desejo dessas mulheres é serem atendidas sem preconceito e terem a liberdade de ir e vir como elas são: ciganas, ter a liberdade de vestir seus trajes típicos sem receio de julgamentos ou acusações. Culturalmente elas não gostam e

se recusam a receber atendimento de algum profissional de saúde do sexo masculino, e o que elas gostariam é que tivesse mais profissionais do sexo feminino, algumas afirmaram que se tivessem mais mulheres médicas e enfermeiras realizariam mais exames “preventivos”.

Faz-se necessário que o SUS atenda essas populações marginalizadas a partir de suas diretrizes de universalidade, integralidade e equidade, enfatizando especialmente na última diretriz. O pré-natal tem como objetivo assegurar um bom desenvolvimento da gestão, e quando necessário intervir com tecnologias leve, leve-dura e dura, almejando um parto de qualidade com o mínimo de impactos negativos a saúde materna e do recém-nascido.

As mulheres apresentaram a gravidez como algo bom que vai além da vontade humana, porém quando questionado sobre as experiências do parto, duas mulheres relataram suas histórias como traumas de vida, reivindicando mais humanização no tratamento às gestantes.

Por não terem o hábito de voltarem aos centros de saúde para o chamado “revisão pós-parto”, duas mulheres tiveram problemas com os pontos cirúrgicos, causando infecções.

A Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000 do Ministério da Saúde, afirma ser dever do serviço e profissionais de saúde acolher com dignidade a mulher e o recém-nascido, tratando-os como sujeitos detentores de direitos, respeitando à diversidade cultural, étnica e racial de cada indivíduo, porém apesar das participantes estarem tendo o acesso garantido, suas peculiaridades culturais não as permite terem o atendimento adequado, demonstrando assim um sistema despreparado para atendê-las. É preciso pensar em políticas sociais que atendam suas demandas, de maneira que respeite a sua cultura.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O saber contra a ignorância, a saúde contra a doença, a vida contra a morte... Mil reflexos da batalha permanente em que estamos todos envolvidos (Oswaldo Cruz).

O pré-natal deve ser personagem importante durante a gestação, sendo ofertado de maneira universal às mulheres e de forma humanizada, onde os profissionais de saúde devem conceder à escuta ativa para as gestantes e seus familiares.

A gestação é um momento de transformações na vida de uma mulher, quando ocorrem mudanças físicas, psíquicas e sociais. O contexto de cada gravidez deve ser levado em consideração, tendo em vista que nem todas as gestações são planejadas ou esperadas, são diferentes entre si e muitas mulheres não se sentem preparadas para um novo papel feminino: ser mãe.

Os profissionais que atuam na atenção ginecológica obstétrica devem estar sempre dispostos a tentar sancionar as dúvidas e anseios da gestante, não importando quantos filhos ela tenha cada gestão é vivida de maneira distinta.

As mulheres ciganas justificam o fato de não terem realizado o pré-natal porque viajavam muito ou tinha que trabalhar para sustento dos filhos. As mais novas não falaram os motivos da não realização. Se existem leis e portarias que afirmam ser preciso captar todas as gestantes para a realização do pré-natal, é preciso pensar em algo que atenda essas mulheres que viajam, trabalham ou simplesmente não querem ir às consultas, a cobertura deve ser universal e acessível a todas.

Após o parto é natural a mulher se sentir fragilizada, abandona e solitária. Nesse momento é preciso fornecer maior atenção a ela, entendendo que as mudanças ocorridas em sua rotina a abalarão positivamente ou negativamente. Vale destacar que esse sentimento apesar de ser comum às mulheres parturiente, é influenciado por outros fatores, como o medo e insegurança diante do desconhecido.

Nos relatos das participantes a dor, o sofrimento e o descaso por parte dos profissionais durante o parto foram fatores consideráveis para classificação das experiências como boas ou ruins, causando medo e comparação com a morte, sentimento comum entre mães.

O conceito de saúde adotado pela OMS, sendo a saúde um bem-estar físico, mental e social não se aplica a essas mulheres, para elas saúde é a ausência de doença e concomitantemente o SUS se restringiu a um cartão magnético fornecido

em um evento cigano, limitando as funções do sistema, e não reconhecendo que ele atende toda população brasileira, sejam por meio de consultas, cirurgias, campanhas ou vacinações, porém esse mesmo sistema que deveria atender toda população, não consegue responder as demandas culturais dessas mulheres, demonstrando assim um sistema despreparado para atender especificidades culturais.

O fato das mulheres relatarem ter feito o cartão do SUS em um evento, e o mesmo não existir para o sistema de saúde demonstra um desrespeito por parte do Estado com essa população, pois elas acreditavam estar incluídas no sistema, o que não era verdade, e quando precisavam de uma consulta e o prontuário não existia, elas tinham que passar pelo constrangimento de explicar onde e como fizeram o cartão, e segundo suas falas, elas sentiam que os profissionais olhavam pra elas com um olhar de desprezo e dúvida.

A Constituição Federal institui que o Estado assegurará a todos o pleno desempenho dos direitos culturais, além de incentivar e valorizar a difusão das manifestações culturais. Quando uma mulher relata não vestir seus trajes culturais por medo das repreensões e olhares maliciosos e preconceituosos da sociedade, esse direito de manifestação cultural é ferido, além de despertar sentimentos de revolta e exclusão nas vítimas.

Algumas participantes afirmaram não ir ao serviço de saúde para consultas e exames de rotina por sentirem vergonha dos profissionais de saúde do sexo masculino, alegando sentirem menos vergonha com mulheres. As mulheres ciganas não gostam de serem tocadas por outros homens que não sejam seus esposos, segundo elas, as mulheres ciganas não podem nem ficar no mesmo ambiente que o noivo ou namorado, característica cultural que propaga por gerações, então ser tocada por qualquer homem é um desrespeito a ela e a seus familiares.

Dona Margarida manifestou a vontade em fazer o exame papanicolau/preventivo, porém não se sente bem com o fato de ser um profissional de saúde do sexo masculino, revelando a barreira cultural dessas mulheres em acessar o serviço de saúde. A equidade nesse caso deveria ser fortalecida, promovendo o vínculo dessas mulheres com a atenção primária de saúde.

Quando tocado em assuntos ligados a sexualidade, as respostas foram curtas e diretas, para elas tratar sobre o assunto com pessoas mais velhas é uma falta de respeito, então foram obrigadas a aprenderem tudo sozinhas, elas demonstraram resistência em responder, demonstrando que o tema é um tabu dentro das famílias.

O Centro de Saúde da região decidiu dar uma palestra no acampamento sobre os meios contraceptivos, apresentando objetos em formatos de órgãos genitais. Tal palestra não foi muito aceita pela comunidade, para eles aquilo foi um desrespeito, especialmente com as pessoas mais velhas. Uma das entrevistadas afirmou não ter permanecido na palestra e achou uma afronta mulheres ensinarem aos homens meios contraceptivos. Um tema que não é discutido nem entre mãe e filhos, pessoas de fora, não ciganas, virem falar de sexualidade é considerado uma “falta de vergonha” e desrespeito para com eles.

Até mesmo conversa sobre menstruação com elas foi difícil. Era nítido que elas se sentiram desconfortáveis ao falar sobre esse assunto, porém nenhuma delas se negou a responder, mesmo sabendo que tinham esse direito sem acarretar nenhum prejuízo. Dona Íris contou que ao menstruar pela primeira vez foi para baixo do chuveiro esperando que em algum momento o sangue estancasse, depois vestiu três calças para ver se adiantava, porém foi tudo em vão, comprar absorvente era um constrangimento, ainda mais se algum homem, como o dono do estabelecimento, tocasse no absorvente, para ela isso era um desrespeito, tudo era vergonhoso por conta da falta de informação, então essas mulheres aprenderam tudo sozinhas, caberia à atenção primária acolher essas mulheres e suas dúvidas.

Ao relatar as experiências com o parto era nítido o semblante abatido delas, por um momento reviviam novamente aquele momento de terror que elas passaram. Elas relataram o desejo de serem atendidas de maneira humanizada, onde suas vestes e sua cultura não interferissem no atendimento, o que elas anseiam é ser respeitadas como elas são: ciganas. Todas participantes tem alguma história rodeada de preconceito e descriminalização para contar.

Discorrer sobre ciganidade não se deve considerar apenas o que ‘se diz acerca dos ciganos’, mas como eles se autoafirmam, acarretando perspectivas locais, que varia de acordo ao contexto histórico de um grupo (SHIMURA, 2016, p. 3, aspas do autor).

A literatura apresentou a maioria dos ciganos como nômades, porém o acampamento em questão encontra-se em um local fixo, em uma propriedade da família cedida pelo governo. Outra característica desse acampamento é que todas as mulheres possuíam documentos de identificação (identidade, CPF, carteira de trabalho, etc) diferentemente das bibliografias referenciadas, e a barreira existente entre o sistema de saúde e essas mulheres é cultural.

O sistema precisa se adequar as peculiaridades culturais existentes, não é aceitável que atualmente mulheres não realizem pré-natais ou outros procedimentos ginecológicos porque o sistema não está sendo equânime.

Após anos de graduação percebi que o sanitarista se faz necessário para formulação de políticas aplicáveis que atendam essas populações marginalizadas. A Saúde Coletiva além de ser um curso formador de profissionais que vê o paciente em sua totalidade, avaliando menos o contexto biológico e mais o contexto social, individualmente e coletivamente, considera também que a história de vida de cada um interfere diretamente na saúde, reconhecendo que o usuário do Sistema Único de Saúde não é um ser passivo, e sim um ser ativo formulador de políticas que atendam suas demandas.

A presente pesquisa proporcionou avaliar o conceito saúde na voz de usuárias e saber quais são as limitações para a não vinculação dessas ao SUS. Assim como muitos usuários, saúde está na ausência de doenças, e elas desejam que o sistema as atenda de forma humanizada e igualitária, respeitando sua cultura.

Essas mulheres devem ter o direito de acesso garantido, e ao relatarem que se recusam ser atendidas por profissionais do sexo masculino, é preciso que o sistema pense em estratégias para que essas mulheres sejam atendidas e respeitadas sua forma de vida. A cultural é uma base social na vida de um indivíduo, e o direito a sua prática não deve ser violado.

Apesar de ser citado em vários documentos de cunho governamental, o atendimento humanizado ainda se faz distante da realidade de muitos usuários. Como futura profissional e usuária do sistema público de saúde continuarei exigindo o direito ao atendimento humanizado e igualitário.



Apesar das várias limitações do SUS, ele foi uma das maiores conquistas da sociedade brasileira e a sua extinção não deve em hipótese alguma ser pensada, é preciso que a população reconheça que o sistema é feito de pessoas, sejam elas profissionais ou usuários, e todos são responsáveis pelo seu êxito ou fracasso.

Almejo que esse trabalho servia de sustentáculo para outros trabalhos e formulação de políticas que atendam essa população tão descriminalizada e pouco estudada e apesar de compreendermos o conceito de estratégias, devido ao tempo, não foi possível trabalhar esse tema no presente trabalho, mas o abordaremos em um artigo científico o mais breve possível.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ANDRADE JÚNIOR, Lourival. Os ciganos e os processos de exclusão. **Revista Brasileira de História**. São Paulo, v. 33, nº 66, p. 95 -112. 2013. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbh/v33n66/a06v33n66.pdf>>. Acesso em: setembro de 2016.
2. BAHIA, Lígia. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/sisunisau.html>>. Acesso em: outubro de 2016.
3. BARROS, Ione Silva. **Por que as Mulheres não Fazem Exame Preventivo?** As Estratégias das Mulheres para Romper os Estigmas. 62p. 2013. Dissertação (Graduação em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília, Brasília. 2013. Disponível em: < <http://bdm.unb.br/handle/10483/5567>>. Acesso em: novembro de 2015.
4. BOTELHO, Nara Macedo et al. Causas de Morte Materna no Estado do Pará, Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Pará, 2014. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v36n7/0100-7203-rbgo-s0100-720320140004892.pdf>>. Acesso em: novembro de 2015.
5. BRASIL. CÂMARA DOS DEPUTADOS. Artigo 196 - 2016. In: \_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nos 1/1992 a 68/2011, pelo Decreto Legislativo no 186/2008 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/1994. 35º ed. Brasília, 2012, p. 116. Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm)>. Acesso em novembro de 2015.
6. BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Disponível em:

- <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: dezembro de 2015.
7. BRASIL. Datasus. Portal de Cadastros Nacionais. **Cadastramento Nacional de Usuários do Sistema Único de Saúde, 2016** [online]. Disponível em: <<http://cartaonet.datasus.gov.br/>>. Acesso em: dezembro de 2015.
  8. BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta da Gestante**. 3º edição. Brasília: Ministério da Saúde. 2016. Disponível em: < <http://www.cosemsrn.org.br/wp-content/uploads/2016/03/Caderneta-Gest-Internet.pdf>>. Acesso em: setembro de 2016.
  9. BRASIL. Ministério da Saúde. Datasus. **Indicadores de Cobertura: cobertura de consultas de pré-natal** [online]. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/f06.def>>. Acesso em: janeiro de 2016.
  10. BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do Parto**: humanização no pré-natal e nascimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: < <http://livroaberto.ibict.br/bitstream/1/800/1/Sistema%20%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde%20%28SUS%29%3b%20principios%20e%20conquistas.pdf>>. Acesso em: agosto de 2016.
  11. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000**. Instituir o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Parágrafo único. Disponível em: <<http://www.husm.ufsm.br/janela/legislacoes/mulher/sis-pre-natal/portaria-no-569-de-1o-de-junho-de-2000.pdf>>. Acesso em: setembro de 2016.
  12. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha. Disponível em: < [www.saude.mt.gov.br/arquivo/4837/legislacao](http://www.saude.mt.gov.br/arquivo/4837/legislacao)>. Acesso em: outubro de 2016.
  13. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000**. Institui o Programa de humanização no pré-natal e nascimento, no âmbito do Sistema único de Saúde. Disponível em

- <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569\\_01\\_06\\_2000\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html)>. Acesso em: janeiro de 2016.
14. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 940, de 28 de abril de 2011.** Regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde (Sistema Cartão). Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0940\\_28\\_04\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0940_28_04_2011.html)>. Acesso em: janeiro de 2016.
15. BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Humanização do Parto:** humanização no pré-natal e nascimento. Brasília, 2002. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>>. Acesso em: janeiro de 2016.
16. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério:** atenção qualificada e humanizada – manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde. 2005.
17. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco.** Brasília: Ministério da Saúde. 2013. Disponível em: <[https://mooc.campusvirtualsp.org/repository/coursefilearea/file.php/27/zika\\_es/res/u3/caderno\\_32.pdf](https://mooc.campusvirtualsp.org/repository/coursefilearea/file.php/27/zika_es/res/u3/caderno_32.pdf)>. Acesso em: agosto de 2016.
18. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária Executiva. **SUS princípios e conquistas.** Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: <<http://livroaberto.ibict.br/bitstream/1/800/1/Sistema%20%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde%20%28SUS%29%3b%20principios%20e%20conquistas.pdf>>. Acesso em: agosto de 2016.
19. BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em:

- <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm)>. Acesso em: janeiro de 2016.
20. BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. **Programa Nacional de Direitos Humanos** (PNDH – 3). Brasília: SEDH/PR, 2010. Disponível em: < <http://www.sdh.gov.br/assuntos/direito-para-todos/programas/pdfs/programa-nacional-de-direitos-humanos-pndh-3>>. Acesso em: setembro de 2016.
21. CALDERON, Iracema de Mattos Paranhos; CECATTI, José Guilherme; VEJA, Carlos Eduardo Pereira. Intervenções benéficas no pré-natal para prevenção da mortalidade materna. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 28, nº 5, p. 310 – 315. 2006. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032006000500008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032006000500008)>. Acesso em: setembro de 2016.
22. CASTRO, Débora Soares. **O olhar de si e o olhar dos outros**: um itinerário através das tradições e da identidade cigana. 2011. 256 f. Tese (Mestrado em História) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul. 2011. Disponível em: <<http://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/3760/1/000433882-Texto%2bCompleto-0.pdf>>. Acesso em: setembro de 2016.
23. COIMBRA, L. C. et al. **Fatores Associadas à Inadequação do uso da Assistência Pré – Natal**. Revista de Saúde Pública, Maranhão, 2003, p. 456 – 462. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102003000400010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102003000400010)>. Acesso em: dezembro de 2015.
24. CONFERÊNCIAS MUNICIPAL E ESTADUAL DE SAÚDE. TEIXEIRA, Carmen. **Os Princípios do Sistema Único de Saúde**. Salvador, jun de 2011. Disponível em: <[http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS\\_PRINCIPIOS\\_DO\\_SUS.pdf](http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf)>. Acesso em: fevereiro de 2016.

25. CRUZ, Rachel de Sá Barreto Luna; CAMINHA, Maria de Fátima Costa; FILHO, Malaquias Batista. Aspectos históricos, conceitos e organizativos do pré-natal. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 18, nº 1, p. 87 – 94. 2014. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs/article/view/15780>>. Acesso em: agosto de 2016.
26. FAZITO, Dimitri. A identidade cigana e o efeito de “nomeação”: deslocamento das representações numa teia de discursos mitológico-científicos e práticas sociais. **Revista de Antropologia**, São Paulo, v. 49, nº 2, p. 689 – 729. 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-77012006000200007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-77012006000200007)>. Acesso em: agosto de 2016.
27. GODOY, Arilda Schmidt. **Pesquisa qualitativa**: tipos fundamentais. Revista de Administração de Empresas, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 20-29. Mai/jun 1995. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75901995000300004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75901995000300004)>. Acesso em: dezembro de 2015.
28. GOMES, Mônica Araújo; PEREIRA, Maria Lúcia Duarte. Família em situação de vulnerabilidade social: uma questão de políticas públicas. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, nº 2, p. 357 – 363. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n2/a13v10n2.pdf>>. Acesso em: agosto de 2016.
29. MANZINI, Eduardo José. **Entrevista semi-estruturada**: análise de objetivo e de roteiros. Departamento de Educação Especial. Unesp. Disponível em: <<http://www.sepq.org.br/iisipeq/anais/pdf/gt3/04.pdf>>. Acesso em: dezembro de 2015.
30. MATTA, Gustavo Corrêa. MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. **Atenção à Saúde**. FIOCRUZ. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/atesau.html>>. Acesso em: janeiro de 2016.

31. MONTAGNER, Maria Inez. MONTAGNER, Miguel Ângelo. **Ruptura biográfica, trajetórias e *habitus***: a miséria do mundo é um câncer. Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva, 2011. Disponível em: < <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/download/975/916>>. Acesso em: janeiro de 2016.
32. NAÇÕES UNIDAS. **Constituição da Organização Mundial de Saúde (OMS/WHO)** – 1946. Disponível em: < <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>. Acesso em: setembro de 2016.
33. OLIVEIRA, Andressa Suely Saturnino de; et al. Percepção de mulheres sobre a vivência do trabalho de parto e parto. **Revista Rene**, v. 11, número especial, p. 32 – 41. 2010. Disponível em: < [http://www.revistarene.ufc.br/edicao especial/a04v11esp\\_n4.pdf](http://www.revistarene.ufc.br/edicao especial/a04v11esp_n4.pdf)>. Acesso em: setembro de 2016.
34. PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS** [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. Disponível em: < <http://books.scielo.org>>. Acesso em: fevereiro de 2016.
35. PROENÇA, Déborah. Povos Ciganos: uma nação sem fronteiras. In: Ministério da Saúde (org.) **Revista Brasileira Saúde da Família**, ano 15, nº 38 – 39, maio/dez 2014. Brasília: Ministério da Saúde. 2014, p. 48 – 53.
36. REZENDE, Dimitri Fazito de Almeida. **Transnacionalismo e etnicidade: a construção simbólica do Romanesthàn** (nação cigana). 2000. 192 f. Tese (Mestrado em Sociologia) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais. 2000. Disponível: < <http://www.antropologia.com.br/divu/colab/d11-dimitri.pdf>>. Acesso em: agosto de 2016.
37. SCHUTZ, Alfred. **Sobre fenomenologia e relações sociais/ Alfred Schutz**. Edição e organização Helmut T. R. Wagner; tradução de Raquel Weiss. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

38. SERRUYA, Suzanne Jacob; CECATTI, José Guilherme; LAGO, Tania di Giacomo do. O programa de humanização no pré-natal e nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Revista caderno de Saúde Pública**, v. 20, nº 5, p. 1281 – 1289. 2004. Disponível em: < <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0739.pdf>>. Acesso em: agosto de 2016.
39. SHIMURA, Mário Igor. **Identidades ciganas no Brasil**. In: 30ª Reunião Brasileira de Antropologia, 2016, João Pessoa, 2016. Disponível em: < <http://www.30rba.abant.org.br/arquivo/downloadpublic?q=YToyOntzOjY6InBhcmFtcyl7czozNToiYToxOntzOjEwOiJJRF9BUIFVSUZPljtzOjQ6IjI3MTIiO30iO3M6MT0iaCI7czozMjoiMDM4MzMzMyYjEjOTY3YTI3YTUwYWY2YzExMjUwYWViODIiO30%3D>>. Acesso em: setembro de 2016.
40. SILVA, Valeria Sanchez. **Devir cigano**: o encontro cigano – não cigano (rom – gadjé) como elemento facilitador do processo de individuação. 2006. 247 f. Tese (Mestrado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo. 2006. Disponível em: < <http://livros01.livrosgratis.com.br/cp008824.pdf>>. Acesso em: agosto de 2016.
41. SILVEIRA, Denise Tolfo. CORDOVA, Fernanda Peixoto. Tipos de Pesquisa. In: \_\_\_\_\_. **Métodos de Pesquisa**. 1º ed. Rio Grande do Sul: ed. UFRGS, 2009, p. 31 – 37. Disponível em: < <http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>>. Acesso em: janeiro de 2016.
42. TEIXEIRA, Rodrigo Corrêa. **História dos Ciganos no Brasil**. Recife: Núcleo de Estudos Ciganos, 2008, p. 15 – 21. Disponível em: < [http://www.dhnet.org.br/direitos/sos/ciganos/a\\_pdf/rct\\_historiaciganosbrasil2008.pdf](http://www.dhnet.org.br/direitos/sos/ciganos/a_pdf/rct_historiaciganosbrasil2008.pdf)>. Acesso em: novembro de 2015.
43. VALENTE, Sónia Carina Simões. Organização Familiar. In: \_\_\_\_\_. **Políticas de Integração Social Cigana em Coimbra**. Departamento de Ciências da Vida. 95 p. Portugal, Universidade de Coimbra, 2014. Disponível em: < <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/28034/1/S%C3%B3nia%20Valente%20tese%20final.pdf>>. Acesso em: fevereiro de 2016.



44. VAZ, Ademir Divino. José, Tereza, Zélia... e sua comunidade: um território cigano. **Revista Trilhos**, Pires do Rio, v. 3, nº 3, p. 95 – 109. 2005. Disponível em:  
[http://www.cdn.ueg.br/source/editora\\_ueg/conteudoN/4946/pdf\\_colecao\\_olhar\\_es/livro01\\_ademir\\_divino.pdf](http://www.cdn.ueg.br/source/editora_ueg/conteudoN/4946/pdf_colecao_olhar_es/livro01_ademir_divino.pdf)>. Acesso em: agosto de 2016.
45. VAZ, Ademir Divino. O encontro com o outro – as interculturalidades possíveis entre escola e ciganos. **Revista OPSIS**, Catalão, v. 11, nº 2, p. 35 – 46. 2011. Disponível em: <  
<https://www.revistas.ufg.br/Opsis/article/download/14840/10500>>. Acesso em: setembro de 2016.

## APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE



Universidade de Brasília  
Faculdade de Ceilândia  
Departamento de Saúde Coletiva

Universidade de Brasília / *Campus Ceilândia* - Curso de Saúde Coletiva

Título da pesquisa: *A experiência e as estratégias das mulheres ciganas com o nascimento dos seus filhos.*

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Maria Inez Montagner / Matrícula 149282

Estudante responsável: Daniela Ketlyn Porto de Souza / Matrícula 11/0113551

Parecer nº 1.681.592

A senhora está sendo convidada a participar da pesquisa *A experiência e as estratégias das mulheres ciganas com o nascimento dos seus filhos*, conduzida por Daniela Ketlyn Porto de Souza, estudante do curso de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília/ *Campus Ceilândia*, sob a orientação da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Inez Montagner. Estamos realizando uma pesquisa para os fins de Trabalho de Conclusão de Curso, e temos como objetivo compreender as experiências e as estratégias empregadas pelas mulheres ciganas, moradoras ou acampadas no Distrito Federal, com o sistema de saúde durante o pré-natal, parto e pós-parto. Para isto, gostaríamos de contar com a sua colaboração. Agora serão feitas várias perguntas sobre diferentes aspectos de sua vida: origens socioeconômicas, saúde física, vida emocional, local de moradia, sua experiência quanto à gravidez, parto e pós-parto, todos com a intenção de traçarmos um quadro de como é realizado o pré-natal.

Asseguramos que todas as informações prestadas serão sigilosas e utilizadas somente para esta pesquisa. A senhora poderá cancelar o uso das informações prestadas em qualquer momento antes da publicação dos resultados, sem qualquer prejuízo. Essa pesquisa não acarreta nenhum gasto nem remuneração para você, muito menos algum dano à saúde. Nós nos responsabilizamos pelo caráter confidencial das informações, de maneira que a sua identidade não seja exposta.

Essa pesquisa possui o risco de constrangimento ao responder as perguntas, e quando ocorrer tal situação a senhora estará livre para responder ou não as perguntas, e quando solicitado, interromperemos imediatamente a pesquisa sem nenhum dano a sua integridade. Os benefícios gerados serão um melhor conhecimento desta população e de como enfrentarem seus problemas de saúde, o que poderá ajudar futuramente outros de igual forma. Essa pesquisa beneficiará, futuramente, às pessoas que passarão pelo mesmo processo.

A divulgação das informações será anônima e em conjunto com as respostas de todo o grupo de pessoas, por meio de artigos científicos, relatórios, apresentações em congressos científicos, reportagens, trabalho de conclusão de curso, etc. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sob nossa guarda pessoal, e ninguém, exceto as pesquisadoras, terá acesso ao material da entrevista.

Se você tiver alguma pergunta a fazer antes de concordar em participar, sinta-se à vontade para fazê-la. A senhora pode se recusar a responder perguntas que lhe tragam algum constrangimento ou até mesmo desistir de participar da pesquisa, sem qualquer risco.

Se houver alguma dúvida posterior ou desejar entrar em contato com a pesquisadora utilize o e-mail [daniela\\_ketlyn@hotmail.com](mailto:daniela_ketlyn@hotmail.com) ou ligue para (61) 9 8155-0244. Poderá também entrar em contato com a orientadora da pesquisa pelo telefone (61) 9 8555-0512 ou com o Comitê de Ética em Pesquisa (61) 3107-1947, podendo ser realizadas ligações a cobrar para as pesquisadoras.

Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde da UnB, responsável pelo acompanhamento da pesquisa, email: [cepfsunb@gmail.com](mailto:cepfsunb@gmail.com), telefone: 61 31071947 – Faculdade de Ciências da Saúde. Campus Darcy Ribeiro. Universidade de Brasília. Brasília, DF, Brasil. CEP: 70.904-907. Horário de Funcionamento: 10:00 hs às 12:00 hs e 13:30 hs às 15:30 hs.

Sua assinatura abaixo significa que você leu este consentimento, esclareceu suas dúvidas e concordou em participar nos termos indicados.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi redigido em duas vias, uma ficará com você e outra com a pesquisadora.

Agradecemos por seu interesse e disponibilidade em participar da pesquisa.

Brasília, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2016.

Assinatura da graduanda:

---

Nome do participante voluntário:

---

Assinatura do participante voluntário:

---

Assinatura do professor Orientador:

---

(1ª. Via – sujeito da pesquisa)

(2ª. Via – pesquisador)

## **APÊNDICE B - Roteiro da Entrevista Semiestruturada**

### **Núcleo I - Identificação:**

- 1) Em que ano a senhora nasceu?
- 2) Qual é a sua religião?
- 3) A senhora sabe ler e escrever?
- 4) Qual grupo de ciganos a senhora pertence? Qual a cor da senhora?
- 5) A senhora mora aonde?
- 6) A senhora possui algum documento de identificação?

### **Núcleo II - Dados Socioeconômicos:**

- 7) A senhora é casada?
- 8) Quantos filhos a senhora têm?
- 9) Quantas pessoas moram em sua casa?
- 10) A senhora trabalha? O que faz?
- 11) Qual a renda mensal da família?

### **Núcleo III – Experiência com o pré-natal**

- 12) O que é saúde para a senhora?
- 13) A senhora sabe o que é o SUS? Conhece?
- 14) A senhora tem o cartão do SUS/SES? Se sim, como foi o processo para sua aquisição?
- 15) A senhora já foi atendida em algum posto de saúde ou hospital sem o cartão SUS?
- 16) A senhora tem algum problema de saúde diagnosticado por médicos?
- 17) A senhora sabe o que é o pré-natal e sua importância?
- 18) Como a senhora descobriu que estava grávida?
- 19) A senhora realiza ou já realizou pré-natal pelo SUS (hospital, posto, UPA)?
- 20) A senhora realiza ou já realizou pré-natal particular?

21)A senhora foi bem atendida?

22)A senhora teve alguma complicação durante o pré-natal? Se sim, como foi resolvida a situação?

23)As suas dúvidas sobre o parto e pós-parto foram respondidas?

24)Durante o pré-natal, a senhora realizou exames de Papanicolau?

25)A senhora conhece o exame Papanicolau? Já realizou algum?

26)A senhora sabe o motivo da realização do exame de Papanicolau?

#### **Núcleo IV – Experiência do Parto**

27) A senhora recebeu algum aconselhamento de como cuidar do bebê quando ele nascesse?

28)Aonde a senhora realizou o parto?

29)Como foi a experiência?

30)A senhora teve alguma complicação durante o parto? Se sim, como foi resolvida a situação?

31)Como foi a recuperação da senhora pós-parto?

32)A senhora realizou a revisão de parto?

#### **Núcleo V – Experiência de mulheres que realizaram o parto no SUS**

33)A senhora recebeu informações sobre o resguardo? Se sim, quais?

34)A senhora sentiu que os profissionais estavam preocupados com a senhora e seu bebê?



35)A senhora pode ver seu bebê logo após o parto?

36)A senhora se sentiu de alguma forma descriminalizada por ser cigana?

## **Núcleo VI – Cultura e História**

- 37) O que significa gravidez para a senhora?
- 38) Quais são os meios anticonceptivos utilizados pela senhora?
- 39) Quais são os cuidados que a senhora aprendeu com as pessoas sobre o que fazer para engravidar, ter o filho e os primeiros cuidados? Quem lhe ensinou?
- 40) Como a senhora denomina esses períodos: resguardo, pré-natal, pós-parto, amamentação, menstruação?
- 41) Como a senhora imagina que deva ser um parto? Como seu povo fazia parto? Ainda o fazem?
- 42) Como a senhora gostaria que o SUS lhe atendesse?

## ANEXO 1

	<b>UNB - FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE</b>	
---	---	---

### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** A experiência e as estratégias das mulheres ciganas com o nascimento dos seus filhos

**Pesquisador:** MARIA INEZ MONTAGNER

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 57111916.8.0000.0030

**Instituição Proponente:** Faculdade de Ciências - FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.681.592

#### Apresentação do Projeto:

"O acompanhamento do pré-natal tem como objetivo assegurar o bom desenvolvimento da gestação oportunizando o parto seguro de um recém-nascido saudável, sem impactos para a saúde materna, buscando preparar a mulher para a maternidade, abordando as alterações próprias da gestação. A população cigana em sua maioria é nômade e não possui documentos básicos de cidadania, como a Certidão de Nascimento, Cédula de Identidade e Cadastro de Pessoa Física, e como consequência, muitos ciganos não são atendidos no sistema de saúde, já que está é uma exigência para a identificação oficial do usuário. Quando se trata do serviço público de saúde, o obstáculo se intensifica, pois, os estabelecimentos exigem a apresentação do Cartão do Sistema Único de Saúde - SUS, o que em caso de ausência não deveria impossibilitar o atendimento ao usuário, partindo desse pressuposto, a presente pesquisa terá como objetivo compreender as experiências e as estratégias empregadas pelas mulheres ciganas, moradoras ou acampadas no Distrito Federal, com o Sistema de Saúde durante o nascimento de seus filhos. Como referencial teórico serão utilizados os conceitos de fenomenologia e experiências proposto por Schutz, assim como o método de estratégias de Michael Bury e as concepções e conhecimentos de Valente sobre ciganos. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, que utilizará de conhecimentos empíricos e científicos, onde a coleta de dados se dará por meio de entrevista semiestruturada."

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro	
Bairro: Asa Norte	CEP: 70.910-900
UF: DF	Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947	E-mail: cepfurb@gmail.com



## METODOLOGIA

"Trata-se de uma pesquisa qualitativa, dado que ela buscará um aprofundamento da compreensão de um determinado grupo social, onde o conhecimento do pesquisador é parcial e limitado e o objetivo da pesquisa qualitativa é produzir novas informações aprofundadas e ilustrativas. A pesquisa qualitativa se preocupa com o contexto em que determinado indivíduo ou grupo social está inserido, aspectos da realidade que não podem ser quantificados, ressaltando assimilar e esclarecer as relações sociais estabelecidas em diversos contextos. Conforme Godoy, um fenômeno pode ser melhor compreendido no contexto em que ocorre e do qual é parte, devendo ser analisado numa perspectiva integrada. Para tanto, os pesquisadores vão a campo buscando "captar" o fenômeno em estudo a partir da perspectiva das pessoas nele envolvidas, considerando todos os pontos de vista relevantes. A pesquisa qualitativa tem como características essenciais: o ambiente natural, um caráter descritivo, o significado que as pessoas dão às coisas e a sua via e tem um enfoque indutivo (GODOY, 1995, p. 21). A entrevista semiestruturada está focalizada em um assunto sobre o qual confeccionamos um roteiro com perguntas principais, complementadas por outras questões inerentes às circunstâncias momentâneas à entrevista. Esse tipo de entrevista pode fazer emergir informações de forma mais livre e as respostas não estão condicionadas a uma padronização de alternativas (MANZINI, 1990/1991, apud Manzini 2004). A análise de conteúdo explorará as entrevistas transcritas e as observações relevantes levantadas pelo pesquisador".

### Objetivo da Pesquisa:

#### Objetivo Geral

"Compreender as experiências e as estratégias empregadas pelas mulheres ciganas, moradoras ou acampadas no Distrito Federal, com o Sistema de Saúde durante o nascimento de seus filhos".

#### Objetivos Específicos

- (1) "Conhecer as características históricas referente ao cuidado à mulher durante e após a gravidez na cultura cigana";
- (2) "Compreender como é realizado o parto das mulheres ciganas, segundo sua cultura" e
- (3) Compreender o que poderia ser implementado/alterado/aperfeiçoado no SUS para que o parto seja humanizado e realizado adequadamente dentro das tradições ciganas".





Continuação do Parecer: 1.661.592

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

Possui risco de constrangimento ao responder as perguntas.

**Benefícios:**

Os benefícios gerados serão um melhor conhecimento desta população e de como enfrentarem seus problemas de saúde, o que poderá ajudar futuramente outros de igual forma. Essa pesquisa beneficiará, futuramente, às pessoas que passarão pelo mesmo processo.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

"O interesse pelo tema surgiu após assistir uma aula da disciplina Pensamento Social em Saúde, da Universidade de Brasília, Campus Geliândia, ministrada pela senhora Lucimara Cavalcante, uma das fundadoras da Associação Internacional Mayê Sara Kali (AMSK/Brasil). A AMSK realiza um projeto que tem como missão propagar a história, tradições e costumes ciganos do Brasil em escolas e universidade, em defesa dos direitos humanos (AMSK, 2016)".

Segundo a pesquisadora, esta pesquisa abrangerá dois tipos de conhecimentos: o conhecimento empírico, aquele adquirido diariamente pelo senso comum e o conhecimento científico, resultante de investigações acadêmicas, que de modo geral, gera hipóteses a partir de verificações do senso comum.

As participantes desta pesquisa serão mulheres ciganas gestantes, que já tenham filhos ou perderam o feto devido a alguma intercorrência, com idade igual ou superior a 18 anos.

A coleta de dados será obtida por meio de entrevistas semiestruturadas como proposta por Merton, citado por Barros (2013), "pois [a entrevista semiestruturada no modelo de Merton] permite uma maior interação e aproximação entre o entrevistador e o entrevistado, priorizando atitudes, valores".

"Esta pesquisa será conduzida no "espaço físico onde as mulheres estão inseridas, para uma melhor aproximação entre o pesquisador e as participantes da pesquisa, optando assim, realizar as entrevistas no local indicado pelas informantes".

Este estudo caracteriza-se como uma pesquisa de campo, uma vez que a coleta de dados será realizada no local onde as participantes estão inseridas e, ainda incluirá análise documental.

"A pesquisa terá dois momentos: o primeiro momento será identificar as mulheres que irão participar da pesquisa, por meio de contato direto com representantes da AMSK/Brasil, juntamente com a orientadora da pesquisa. Posteriormente, atendidos os critérios de inclusão, detalhados subsequentemente, convidaremos as mulheres a participarem do estudo e fomentar



Continuação do Parecer: 1.681.592

uma aproximação. Na segunda etapa, serão realizadas visitas ao local indicado pelas mulheres participantes da pesquisa, a fim de realizar o trabalho de campo, por meio de entrevistas semiestruturadas (Apêndice II), com o auxílio de um gravador de áudio. A entrevista será realizada após o consentimento e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice I)."

O roteiro da entrevista semiestruturada abarca seis núcleos: identificação, dados socioeconômicos, experiência com o pré-natal, experiência do parto, experiências de mulheres que realizaram o parto no SUS e história e cultura.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Para a elaboração do presente parecer foram consultados os seguintes documentos:

- 1) Informações Básicas do Projeto: "PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_708919.pdf", postado em 09/08/2016;
- 2) Outros: "TermodeResponsabilidade\_word.doc", postado em 09/08/2016, Daniela, Assistente da Pesquisa;
- 3) Outros: "TermodeResponsabilidade\_pdf.pdf", postado em 09/08/2016, Daniela, Assistente da Pesquisa;
- 4) Outros: "TermodeConcordancia\_Word.doc", postado 09/08/2016, Daniela, Assistente da Pesquisa;
- 5) Outros: "TermodeConcordancia\_PDF.pdf", postado em 09/08/2016, Daniela, Assistente da Pesquisa;
- 6) Outros: "CartaemResposta\_Word.doc", postado em 09/08/2016, Daniela, Assistente da Pesquisa;
- 7) Outros: "CartaemResposta\_PDF.pdf", postado em 09/08/2016, Daniela, Assistente da Pesquisa;
- 8) Outros: "CartadeApresentacao\_Word.doc", postado 09/08/2016, Daniela, Assistente da Pesquisa;
- 9) Outros: "CartadeApresentacao\_PDF.pdf", postado em 09/08/2016, Daniela, Assistente da Pesquisa;
- 10) Projeto Detalhado / Brochura Investigador: "DanielaKetlyn\_2.docx", postado em 08/08/2016, Daniela, Assistente da Pesquisa;
- 11) Outros: "TermodeConcordancia.jpeg", postado em 08/08/2016, Daniela, Assistente da Pesquisa;
- 12) TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência: "TCLE\_Daniela.docx", postado em 09/08/2016, Daniela, Assistente da Pesquisa;

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro  
Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-000

UF: DF Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cep@unb@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.661.592

- 13) Outros: "Carta\_de\_apresentacao.jpeg", postado em 08/08/2016, Daniela, Assistente da Pesquisa;
- 14) Outros: "Termo\_de\_responsabilidade.jpeg", postado em 08/08/2016, Daniela, Assistente da Pesquisa;
- 15) Outros: "Carta\_em\_resposta\_Daniela\_Inez.jpeg", postado em 08/08/2016, Daniela, Assistente da Pesquisa;
- 16) Outros: "cartadeapresentacao.doc", postado em 16/06/2016, Daniela, Assistente da Pesquisa;
- 17) Projeto Detalhado / Brochura Investigador: "Projeto\_Daniela.docx", postado em 15/06/2016, Daniela, Assistente da Pesquisa;
- 18) Outros: "Termoresponsabilidade.pdf", postado em 15/06/2016, Daniela, Assistente da Pesquisa;
- 19) Outros: "CurriculoMarialinez.pdf", postado em 15/06/2016, Daniela, Assistente da Pesquisa;
- 20) Outros: "Curriculodaniela.pdf", postado em 15/06/2016, Daniela, Assistente da Pesquisa;
- 21) Outros: "cartadeapresentacao.jpeg", postado em 15/06/2016, Daniela, Assistente da Pesquisa;
- 22) Orçamento: "orcamento.pdf", postado em 15/06/2016, Daniela, Assistente da Pesquisa;
- 23) Folha de Rosto: "Folha\_de\_Rosto\_CEP.pdf", postado em 07/06/2016, Daniela, Assistente da Pesquisa.

**Recomendações:**

Não se aplica.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Análise das respostas às pendências emitidas no parecer consubstanciado no 1.645.809:

(1) No projeto detalhado, na seção Metodologia, há uma subseção intitulada "Sujeitos da Pesquisa", solicita-se substituir os termos "sujeitos de pesquisa" por participantes da pesquisa – **PENDÊNCIA ATENDIDA**.

2) Documentos que não foram assinados e cujas as assinaturas estão coladas, caracterizando que o documento não foi assinado diretamente, o que fere a integridade do documento. Portanto, solicita-se que providencie as assinaturas nos documentos a seguir para depois escaneá-los:

2.1. Carta de Apresentação do projeto – **PENDÊNCIA ATENDIDA**.

2.2. Termo de Concordância – **PENDÊNCIA ATENDIDA**.

2.3. Termo de Responsabilidade – **PENDÊNCIA ATENDIDA**.

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-000

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfurb@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.661.592

#### 2.4. Carta de Apresentação – PENDÊNCIA ATENDIDA.

##### (3) Quanto ao TCLE:

(3.1) - Apresentar documento (TCLE) em versão final sem marcador de texto amarelo e deve ser revisado de modo a incluir como a pesquisadora minimizará o risco de constrangimento – PENDÊNCIA ATENDIDA.

(3.2) - Incluir a possibilidade da participante fazer ligação a cobrar para a pesquisadora – PENDÊNCIA ATENDIDA.

**Conclusão:** Todas as pendências foram atendidas. Não há óbices éticos para a realização deste projeto. Protocolo de pesquisa está em conformidade com a Resolução CNS 466/2012 e Complementares.

#### Considerações Finais a critério do CEP:

De acordo com a Resolução 466/12 CNS, itens X.1.- 3.b. e XI.2.d, os pesquisadores responsáveis deverão apresentar relatórios parcial semestral e final do projeto de pesquisa, contados a partir da data de aprovação do protocolo de pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_708919.pdf	09/08/2016 10:52:48		Aceito
Outros	TermodeResponsabilidade_word.doc	09/08/2016 10:52:25	Daniela	Aceito
Outros	TermodeResponsabilidade_pdf.pdf	09/08/2016 10:52:02	Daniela	Aceito
Outros	TermodeConcordancia_Word.doc	09/08/2016 10:51:29	Daniela	Aceito
Outros	TermodeConcordancia_PDF.pdf	09/08/2016 10:50:58	Daniela	Aceito
Outros	CartaemResposta_Word.doc	09/08/2016 10:50:23	Daniela	Aceito
Outros	CartaemResposta_PDF.pdf	09/08/2016 10:49:59	Daniela	Aceito
Outros	CartadeApresentacao_Word.doc	09/08/2016 10:49:27	Daniela	Aceito

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro  
Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900  
UF: DF Município: BRASÍLIA  
Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfurb@gmail.com



UNB - FACULDADE DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE



Continuação do Parecer: 1.601.282

Outros	CartadeApresentacao_PDF.pdf	09/08/2016 10:48:54	Daniela	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	DanielaKetlyn_2.docx	08/08/2016 23:48:45	Daniela	Aceito
Outros	TermodeConcordancia.jpeg	08/08/2016 23:48:48	Daniela	Aceito
TGLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TGLE_Daniela.docx	08/08/2016 23:47:58	Daniela	Aceito
Outros	Carta_de_apresentacao.jpeg	08/08/2016 23:43:24	Daniela	Aceito
Outros	Termo_de_responsabilidade.jpeg	08/08/2016 23:41:53	Daniela	Aceito
Outros	Carta_em_resposta_Daniela_Inez.jpeg	08/08/2016 23:39:47	Daniela	Aceito
Outros	cartadeapresentacao.doc	15/06/2016 17:03:57	Daniela	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Daniela.docx	15/06/2016 22:06:43	Daniela	Aceito
Outros	Termoresponsabilidade.pdf	15/06/2016 21:57:49	Daniela	Aceito
Outros	CurriculoMariaInez.pdf	15/06/2016 21:56:29	Daniela	Aceito
Outros	Curriculodaniela.pdf	15/06/2016 21:55:50	Daniela	Aceito
Outros	cartadeapresentacao.jpeg	15/06/2016 21:51:39	Daniela	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	15/06/2016 21:40:56	Daniela	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_CEP.pdf	07/06/2016 21:37:09	Daniela	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro  
Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900

UF: DF Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cep@unb@gmail.com



UNB - FACULDADE DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE



Continuação do Parecer: 1.681.592

BRASILIA, 16 de Agosto de 2016

---

Assinado por:  
Kella Elizabeth Fontana  
(Coordenador)

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro  
Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900  
UF: DF Município: BRASILIA  
Telefone: (61)3107-1947 E-mail: cepsunb@gmail.com

Página 08 de 08